Antropologia Mèdica



Locuras, culturas e historia

Serena Brigidi & Josep M. Comelles (eds.)




MA
RC
MEDICAL
ANTHROPOLOGY
RESEARCH
CENTER

Locuras, cultura e historia

Compilado por
Serena Brigidi
Josep M. Comelles



Tarragona, 2014

Edita:
Publicacions URV

1.ª edición: Octubre de 2014

ISBN: 978-84-697-1373-0

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474
www.publicacionsurv.cat
publicacions@urv.cat

Fotografía de cubierta: Josep Jaén Teixidó

El blog de la colección:
http://librosantropologiamedica.blogspot.com/

¶ Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

ENTRE LA *PRESENCIA* Y LOS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS

> […] la cultura è la lotta contro la crisi radicale dell'umano,
> cioè contro l'ammalarsi della mente.
>
> Ernesto de Martino, *La fine del mondo.*

Locuras, culturas e historia es una de las compilaciones de la Colección de Antropología Médica de Publicacions URV, que se vinculan a los coloquios —antes bienales y ahora anuales— de la Red de Antropología de la Medicina en Tarragona (REDAM). No son *proceedings* o *actas*, sino libros compuestos, en parte, por trabajos relevantes presentados en ellos, desarrollados posteriormente y revisados junto con otras aportaciones. En este caso, una parte proceden de las jornadas sobre *Historia, Cultura, Sociedad y Locura*, VIII Coloquio de REDAM, que tuvieron lugar los días 17, 18 y 19 de abril de 2008 en la ciudad más romana de Cataluña. En esa ocasión, a la tradicional estructura de los coloquios de la REDAM se sumaron las Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la Asociación Española de Neuropsiquiatría para garantizar un enfoque interdisciplinario del tema de la *locura*.

El coloquio contó con una nutrida presencia internacional que abordó las relaciones entre cultura y locura; la cultura de la negación; las respuestas históricas no hegemónicas; locura y comunicación; locos e instituciones; locura e instituciones en la España de posguerra; antropología, asistencia y terapéutica en salud mental; cuerpos, géneros y marginaciones, y performances y relatos. La cita finalizó con la presentación de la película *Radio Nikosia*, dirigida por Cristian Zamora.

Esos materiales, en fin, revisados, reescritos y ampliados posteriormente se publican en estas páginas junto con aportaciones inéditas y una parte de los trabajos que se presentaron en el *I Coloquio del Seminario Interdisciplinario en Salud Mental. Los tratamientos de la locura a lo largo de la Historia*, que tuvo lugar en la ciudad de México entre el 29 de septiembre y el 1 de octubre de 2010.

Los textos que se reúnen han sido revisados, en algunos casos han sido reescritos por sus autores, y en otros se presentan de forma distinta. Todos han sido sometidos a revisión por pares y al meticuloso trabajo editorial a que nos tiene acostumbrados Publicacions URV.

Nuestro objetivo ha sido evidenciar la necesidad de observar el proceso «salud, enfermedad y atención en salud mental» como un *continuum* donde la *presencia*, la historia y la cultura tienen un valor fundamental para la lectura terapéutica y su interpretación. En otras palabras, estos elementos permiten considerar la manera de definir, explicar y vivir los trastornos mentales tanto por parte del sujeto como por parte de los terapeutas, biomédicos o no. La experiencia del sujeto, así como la del profesional de la salud y de la institución, son a menudo olvidadas para seguir implementando el modelo biomédico que privilegia los aspectos biológicos frente a los socioculturales (Menéndez, 1985). Un análisis que contemple la *presencia*, la historia y la cultura facilita la comprensión del contexto en que se desarrollan las narraciones aquí propuestas, al tiempo que permite observar cómo se organizan los servicios, qué situaciones facilitan u obstaculizan el ingreso y el seguimiento de los pacientes, qué obras u orientaciones terapéuticas han determinado el establecimiento de una práctica clínica o no, etc. Más aún, la etiqueta de un trastorno mental implica una ruptura biográfica en la experiencia del paciente, concretamente en su historia.

Por todo ello es necesario llevar a cabo estudios en profundidad acerca de posibles malas praxis terapéuticas, de la instauración de un sistema de diferencias y jerarquías (Foucault, 1966, 1998, 2005), del abuso de los recursos farmacológicos (Forçadas, 2006), etc. Por ello es preciso denunciar los tiempos limitados de atención al paciente, así como las grietas y la crisis del sistema de salud público, para resaltar y trabajar sobre la insatisfacción de los profesionales de la salud mental y los usuarios. Observamos la necesidad de establecer un papel dinámico de la relación terapéutica, donde la participación del paciente en la elaboración del diagnóstico y en las estrategias de cuidado y de atención se entienden como una presencia. Los autores evidencian la urgencia de crear espacios de diálogo que superen el contexto meramente terapéutico y que se centren en una esfera de «posibilidades» (de re-significación, de palabras, de contextos, de tiempos, etc.).

El trastorno mental es una narración (dentro y fuera de la institución psiquiátrica), una *presencia*, una forma de pensar y de definirse, un

recorrido que ambos, paciente y terapeuta, construyen y elaboran según técnicas y expresiones culturalmente pautadas y aceptadas. La experiencia de un trastorno mental es una experiencia histórica, es decir, la experiencia constitutiva del hombre (De Martino, 2001). Por eso, reconocer solo una parte de ella en la lectura terapéutica —por ejemplo, pensar solo en el elemento patológico o en la experiencia migrante— significa limitar el conocimiento del paciente a un único acontecimiento que no determina ni define la persona (Brigidi, 2009). La historia de la psiquiatría es una historia que se inscribe dentro de un *frame* en el que la palabra del *loco* y la del profesional adquieren un significado y un valor a partir de contextos culturales específicos. De hecho, la psiquiatría y, en general, las ciencias de la salud no son *savoir faire* neutros, sino visiones del mundo, modelos de relaciones sociales entre personas y entre terapeutas y los contextos que las rodean (Coppo, 2003).

La primera parte del libro hace referencia a la contextualización histórica de la locura y de la enfermedad mental, antes y después de la existencia de los *manicomios*. Comelles investiga sobre la locura en Cataluña a partir de cartas y expedientes de admisión de locos en la sala de dementes del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, antes de su medicalización, bajo los parámetros del *tratamiento moral* sobre el que Gorbach reflexiona a propósito de su implantación en México. La autora quiere mostrar cómo en el conjunto de métodos que operaban directamente, no ya sobre el cuerpo físico, sino sobre el intelecto y las emociones del paciente, aparecen ya las paradojas de las que la noción de sujeto sería portadora. El trabajo llevado a cabo por Villasante y Candela sobre el médico Salas y Vaca expone la labor profesional de este neurólogo y psiquiatra en la paradigmática institución psiquiátrica de Leganés a través de su producción científica y la influencia que su práctica clínica tuvo en el Manicomio Nacional. Aborda asimismo las historias clínicas del Archivo Histórico de la propia institución en el periodo en que este médico andaluz ejerció como jefe facultativo.

La segunda parte está dedicada a las *Culturas*. Reúne etnografías y narrativas descriptivas en las que los autores, a partir de sus experiencias como profesionales de la salud y como expertos en las dinámicas culturales en salud, cuestionan el modelo médico existente. Muchas de las aportaciones se han servido prevalentemente de métodos y técnicas cualitativas, donde los pacientes, los *locos*, así como los terapeutas (¿los cuerdos?) y las estructuras de cura se puedan conocer detalladamente.

Ávila explora la existencia y el significado de otros recursos tradicionales sobre la curación de la *loquera* entre los indígenas embera chami de Colombia. Saavedra y Berenzon exponen el uso de diferentes estrategias para tratar un padecimiento emocional con el objetivo de comprender las creencias, necesidades e ideas que los informantes tomaron en cuenta para elegir determinadas estrategias de atención. Sigue con el capítulo de Ramírez, llevado a cabo según una perspectiva socio-cultural, en la empresa telefónica más importante de México. La autora se centra desde el discurso y la experiencia de las operadoras, al estrés como problema de salud laboral, asumido así por ellas mismas. Sánchez explora los recursos terapéuticos que utilizan los pacientes diagnosticados con TB en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) a través de los itinerarios de búsqueda de atención en los sistemas de salud. Muñoz plantea para el debate las especificidades de la praxis de la consulta etnopsiquiátrica del hospital público Brugmann y la práctica antipsiquiátrica intercultural de la asociación *L'autre Lieu*, como propuestas creativas y eficaces de actores situados en los campos sociales institucional y asociativo, en su relación con la mejora al acceso y disfrute del proceso de atención sanitaria/curación de aquellas personas con itinerarios socio-culturales diversos, de origen extranjero y autóctono. Brigidi aporta una etnografía llevada a cabo en una clínica psiquiátrica en el que destaca la descripción de hospital como una «situación manicomial»: reglas jerárquicas típicas del Modelo Médico Hegemónico, distancia, lejanía, control e inexistencia de participación tímica y empática entre terapeutas y pacientes definen el proceso terapéutico depurándolo hasta su significado más auténtico.

La última parte del libro está dedicada a las *locuras*. Se centra en la comunicación y la visualización de la experiencia en salud mental a partir de un análisis histórico, pasando por la experiencia clásica de la radio hasta llegar a las experiencias más actuales de salud 2.0. Mohedano Barceló reflexiona acerca del imaginario de fenómenos históricos en las sociedades contemporáneas, los problemas epistemológicos e ideológicos de la caracterización del enfermo mental en su marco, y observa las relaciones entre la irrupción de la opinión pública y el nacimiento de la psiquiatría, que permitan inferencias sobre la relación, hoy, entre ellas y la enfermedad mental. Sigue el tema del tiempo y espacio de comunicación (observado como una «instancia» por el autor) con la experiencia de Radio Nikosia llevada a cabo por Correa-Urquiza. Él evidencia la necesidad de que las reflexiones surgidas de la experiencia subjetiva del sufrimiento

mental formen parte del concierto de voces que construyen el sentido de la problemática y sus caminos de aproximación. Por esto habla de una re-significación semántica de la locura. En la misma línea encontramos el trabajo de Real-Najarro, en referencia al uso de las palabras como terapia sobre todo en los blogs, pero también radio y talleres. Según el autor, el blog representa un medio más para evitar el aislacionismo y potenciar la comunicación desde una plataforma virtual (salud 2.0).

Concluyendo: ¿Qué hace de estos trabajos una herramienta válida para poder analizar y trabajar con y desde las locuras? La escucha activa, la presencia de los autores en el proceso de salud, enfermedad y atención, la posibilidad de profundizar el contexto doméstico, institucional, extrahospitalario y virtual, explorar las relaciones familiares, la reciprocidad. Recuperar la integración de la persona como capacidad de autonomía, creatividad y co-responsabilidad y así pensar en situaciones alternativas para superar el Modelo Hegemónico y biologicista.

Pensamos que este ensayo pone en evidencia cómo el uso de la etnografía y el estudio de casos clínicos y archivos históricos resultan fundamentales a la hora de conocer, interpretar y profundizar la cultura psiquiátrica de un país. La herramienta de análisis histórica y la etnografía se pueden así convertir en un «instrumento reflexivo para repensar la "cultura de la psiquiatría"» (Martínez-Hernández, 2006: 2272) porque resultan ser métodos de evaluación *al servicio de* los dispositivos sanitarios (Brigidi, 2009).

Bibliografía

Brigidi, S. (2009) *Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova*, tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili.

Coppo, P. (2003) *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Turín: Bollati Boringhieri.

De Martino, E. (2002) *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Roma: Einaudi.

Foucault, M. (1966) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Sigloveintiuno editores.

— (1998) *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milán.

— (2005) *El poder psiquiátrico*, Akal, Madrid.

Forçadas, T. (2006) *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*, en Cristianisme i Justícia (<http://www.cristianismeijusticia.net/>).

Martínez-Hernáez, Á. (2006) «Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural», en *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (11), 2269-2280.

Menéndez, E. (1978) «El modelo médico y la salud de los trabajadores», en Basaglia F. y otros (eds.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, Nueva Imagen, México, 11–53.

— (1985) «El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos», *en Desarrollo Económico. Revista de ciencias sociales*, v. 24, (96), 593–604.

PRIMERA PARTE:
MANICOMIOS

1. LOCURAS, EXCESOS Y MANÍAS EN LA CATALUÑA MODERNA (1769–1834)[1]

Josep M. Comelles, MD/PhD
Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona
josepmaria.comelles@urv.cat

A Louis Assier-Andrieu

Excesos, jaulas y argollas[2]

El 23 de julio de 1804, el Baró de Maldà[3] narró el altercado acaecido, esa misma mañana, en la Casa Galera de Barcelona[4]:

> Brau desori ha succehit de bon matí dintre de la Casa Galera, mogut per les donotas que sen volien fugir, inquietas de no pagarsels lo pactat del plus de la tasca de sos treballs, i de no haver tingut ahí, dia de Sta. Magdalena, sa festa un plat extraordinari en taula. Haguda raho lo Sr. Jutge Don Josep Cordova del desman de las donas, ha embiat al Pare dels boigs ab 4 o 6 boigs ab garrots y vits de bou, y a cop de boigs; luego allí entre cap y coll, y à tot arreu los boigs a las donas, fentlas passar de dos en dos, y bastonada seca, ab tants alarits i

1 Este texto forma parte de una investigación sobre la locura en Cataluña antes de 1854 basado en las carpetas *Dementes-Gobierno (DG)* del *Arxiu Històric del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* (AHSCSP) de Barcelona, las cuales contienen cartas y expedientes de admisión de locos. Lo acoto entre 1769 —fecha de la primera carta— y 1834 —fecha en que se reivindica un manicomio modelo en Barcelona (Comelles, 2006: 59 y ss)—. Mi agradecimiento a Mabel Gracia, Pilar Salmerón, Ricardo Campos, Enrique Perdiguero, Jon Arrizabalaga, Teresa Huguet, Cristina Sacristán, Montserrat Sanmartí, Louis Assier-Andrieu y Anne Gotman.

2 Hay poca investigación sobre la locura en España durante el Antiguo Régimen. He de destacar el interés comparativo de la obra de Cristina Sacristán (1992, 1994) y sobre todo la tesis de Cruz Montalvo (2006) sobre la América virreinal. En Lázaro, Bujosa, y Homar (2000:194) y Rey, Jordà, Dualde y Bertolín (2006) hay numerosas referencias, entre las cuales está Espinosa (1966, 1966ª,1984), López Terrada (1987), Tropé (1994), López Alonso (1988), Fernandez Doctor (1987), González Duro (1995) y Arrizabalaga (2003), parte del material de la *Santa Creu* está en Comelles (2009).

3 Rafael Amat i de Cortada, *Baró de Maldà* (1987) (1746–1819) es autor del *Calaix de Sastre*, un dietario en catalán vulgar de 26.000 páginas, que recoge la vida cotidiana de Barcelona.

4 Acogía a prostitutas y estaba cerca del *Hospital de la Sancta Creu* en el Raval de Barcelona.

> crits de misericordia ellas, enfilantse per parets y rexas, com gats albarotats per poder fugir. Se ha dit haverne quedadas moltas de allo ben malmesas del cos de las terribles bastonades de aquells boigs, y si 4 o 5 ya mortas, condolentse moltas personas de la crueltat dels boigs azia las donas de la Galera y queixantse de qui ho ha disposat (citado en Curet y Anglada, 1983: 52-53).

En 1784 ya había escrito que el personal del Hospital[5] era «una canalla» (en Curet y Anglada, 1983: 20), pese a que el *Reglamento* de 1757[6] exigía que el «Pare y la Mare dels boigs may los maltractaran [a los locos] per ninguna cosa que fassan, y quan sia necessari castigar a algun, que sia de modo que ni haja d'entrar lo cirurgià, ni los fia de dany a la salut. Tindran molt present que Deu los pot enviar igual treball y tractenlos eb tot com voldriam ser tractats».[7] Debían evitar disputas y peleas, prevenir desgracias y daños, así que podían usar grilletes.[8] El *Reglament* asume los principios jurídicos dels *Costums de Tortosa*:

> Tothom pot prendre son parent que sia furiós o orat per sa propia autoritat; e aquel retenir pres en ferros o en altra presó tro haja cobrat lo sen o sia mort per ço que no do mal ne don a nullla persona, ne a coses; e per mal que faça no deu ser punit l'orat o el furiós; ne pujat a turment *(Llibre de les costums generals escrites de la insigne ciutat de Tortosa*, 1912*)*.[9]

A pesar de los Decretos de Nueva Planta de 1716, subsistió en el Principado una cultura política y jurídica local vinculada a lo que llamara Eiximenis (1927) «cosa publica»,[10] basada en las *Constitucions catalanes* —en los *Usatges* de Barcelona o los *Costums* de Tortosa entre otras—, que

5 El *Spital General de la Sancta Creu* acogió locos desde 1401. Sobre el Hospital ver Fuster (1960, 1989), Danón (1978), Lindgren (1980), Zarzoso (2003, 2006) y Comelles (2006).

6 AHSCSP, *Reglamentos de l'Institut Mental* (1757-1885-1957, carp. 6).

7 «Que nunca los maltrataran por ninguna cosa que hicieran, y cuando fuera necesario castigar a alguno, que fuera de modo que no tuvieran que entrar el cirujano, ni les hicera daño a la salud. Tendrán muy presente que Dios puede enviarles igual trabajo y trátenlos en todo como quisieran ellos ser tratados» (*Reglaments,* Carp.6).

8 *Reglamentos,* Carp. 6, Art. 2.

9 Sobre la terminología catalana relativa a la locura, su tipología y su uso literario y forense tiene un valor inmenso Peset-Llorca (1987), aunque el uso del término psiquiátrico en su trabajo sea excesivamente presentista. En las citas no actualizo la ortografía catalana o castellana, reviso puntuación y acentuación pero mantengo los catalanismos.

10 Eiximenis (1927) tradujo *res publica* por *cosa publica*. Utilizo este concepto y el de *Gemeinshaft* de la sociología clásica de forma no sinónima: el primero caracteriza una práctica jurídico-política en la ciudad; la segunda, una *volkgeist* que incluye los saberes jurídicos.

regulaban las relaciones sociales, económicas y políticas de las ciudades del Principado; su uso regular desde la Edad media había sido *embodied* por la población (Assier-Andrieu, 1986) a partir de un proceso constante de producción de derecho de la mano de notarios y jurisconsultos, para regular desde contratos mercantiles a testamentos o capitulaciones matrimoniales. Esta práctica jurídica formaba parte de la vida cotidiana puesto que la tarea notarial no se reducía únicamente a la fe pública, sino que también tenia una función dialéctica de mediación entre particulares con el objeto de resolver conflictos y, a partir de las soluciones jurídicas, engendrar saberes compartidos ajustados a la costumbre local. Esto significa que, aunque el marco constitucional abarque al conjunto del Principado, las soluciones locales a los conflictos se convertían en una suerte de «jurisprudencia compartida local» preservada celosamente en los archivos del protocolo notarial.[11] Estas costumbres locales no corresponden únicamente a la tradición oral, sino que se estructuran en forma de escritos y configuran una cultura jurídico-política y social específica que habitualmente se etiqueta de paccionada y que forma parte integrante de la *Gemeinshaft* cultural catalana.[12] Su persistencia, a finales del xviii o en el momento presente, no puede entenderse como una «supervivencia» (*survival*) del pasado, sino como un conjunto de herramientas conceptuales, prácticas o jurídicas, que sirven para pensar y regular las relaciones sociales que se van transformando en el tiempo y ajustándose a los cambios históricos contextuales. El producto de la misma son *ethnoscapes (*Appadurai, 2001), locales de pueblos y ciudades que en su diversidad pueden seguir patrones evolutivos distintos.[13] La mayor parte de la literatura al respecto, especialmente desde la historia política, económica o del derecho, ha estudiado sus efectos locales en las relaciones económicas, jurídicas, políticas

11 Ver el caso la Catalunya Nord (Assier-Andrieu, 1987). Este autor sostiene (com. pers) que la actual Constitución y el derecho andorranos son el mejor ejemplo actual de esa cultura jurídica heredero del *Digesto* romano.

12 Sobre lo que esto significa del punto de vista de la cultura de las clases dirigentes ver Amelang (1986); sobre la práctica política local para el periodo estudiado, Torras i Ribé (1983).

13 Sobre la cultura política del municipalismo catalán del xviii ver Torras Ribé (1983). Sobre protección social son indispensables, para la práctica médica, Zarzoso (2003, 2006), Curet y Anglada (1983) que recogen el folklore, Lluch (1974, 1996) y Comelles, Daura; Arnau y Martin (1991) para el debate sobre las políticas asistenciales.

y sociales,[14] pero son menos frecuentes los que se han interesado por la caracterización cultural de las terminologías de la locura[15] y mucho menos por las prácticas sociales, jurídicas y culturales sobre ella.

Aunque a finales del siglo XVIII la hegemonía administrativa de la lengua castellana es casi total en la documentación administrativa, la *Nueva Planta* borbónica no modificó el derecho civil y privado, y su papel en la vida cotidiana de Principado, que siguió rigiéndose por los criterios del constitucionalismo catalán. Esta influencia penetra en el *Reglament* —todavía en catalán—, del *Hospital General de la Sancta Creu* de Barcelona el año 1757 y llevó a los Administradores[16] a exigir al médico mayor Narcís Rosés que aclarase la muerte del internado Jayme Masó, que hizo lo siguiente:

> Entró maniático, con furor y audacia y con grillos, a fin que no cometiese algún disparate. Se mantuvo así dos o tres días. Viendo que no quería tomar remedio alguno, no obstante serle sumamente necesario y que se volvió contra quien le asistía, se juzgó conveniente ponerle a la argolla, en donde se mantuvo parte de tres días gritando noche y día a pesar de los varios remedios que a fin de que se assosegase se le administraron. El día 7, en que hice mi acostumbrada visita, le hallé que quasi no se entendía hablar, por aver passado la noche, según me informaron, delirando y gritando a toda fuerza, la respiración cansada. Examiné si la atadura podía causarle aquel sínptoma. Hallé que no fue posible examinarle el pulso como se debía, no lo permitían los movimientos violentos del enfermo. Ordené lo que pareció conveniente. A las nueve de la mañana del mismo día, me dixeron que había entregado su alma a las manos de su criado y había quedado un cuerpo amoratado, sus codos ensangrentados y tenía alguna señal como si le hubiesen amarrado los brazos. No será difícil sospechar, con fundamento, las causas de la quasi repentina muerte de nuestro enfermo, si se atiende a lo que precedió el día 7 como continuo gritar, hablar, al no querer beber mas a la pura fuerza y a los

14 Ver Faus i Condomines (1908) sobre los capítulos matrimoniales, o Terradas (1984) sobre la vida económica y social de las masías.

15 Peset-Llorca (1987) describió la riquísima terminología catalana relativa a la locura, los temperamentos y los estados de ánimo. Desde fuentes literarias estudia las dimensiones culturales de los conceptos más que las médicas. Destacan las hibridaciones culturales entre el galenismo médico, las narrativas religiosas y los saberes populares. En la documentación que he empleado, la castellanización supone un enorme empobrecimiento terminológico, aunque subyace en las descripciones de las conductas la terminología vernácula.

16 La *Molt Il·Lustre Administració* (MIA) de la *Sancta Creu* constaba de dos concejales del Ayuntamiento y dos canónigos del Cabildo.

sínptomas que observé en mi última visita como respiración cansada, tosecilla, anuncios todos de un cruel inflamación en los pulmones que le ahogó, y si se junta todo eso al abuso de alimentos cálidos, substanciados que antes de su ingreso en el Hospital hizo, según se me informó su muger, el temperamento particular del paciente no deja quasi ninguna duda acerca de las causas de su muerte, pudieran muy bien los alimentos disponer la sangre de un enfermo a contraher más fácilmente la inflamación. Supuesto esto no es difícil explicar por qué quedó su cuerpo amoratado después de difunto. El ensangrentamiento de los codos que observé del modo que me permitía la escasa luz del lugar fue efecto de sus extraordinarias violencias, daba con los codos contra la pared donde estaba detenido como más de una vez presencié, con ternura de mi corazón, por no poder remediar nada. Las señales, dicen tenía en los brazos como si lo hubiesen amarrado, pudo ser efecto de haverle atado quando le mandé sangrar a fin de no estropearle. Es quanto puedo certificar.[17]

Pidieron lo mismo al *Pare dels bojos*, responsable de la sala de locos, que escribió que:

Fue conducido a mediodía a la *bojeria* por un alcalde de barrio y tres soldados del Primer Batallón de Barcelona y luego que llegó lo encerró [*el Pare*] en una jaula y después de haver comido le puso grilletes a causa del ruhido que hacia *a mas de que ya es práctica hacerlo así*[18], y en la misma tarde, con los propios grilletes, salió al patio del que le fue preciso al otro *Padre* retirarlo con motivo de las barbaridades que profería y que la misma guardia le avisó y seguidamente volvió a encerrarlo en una jaula. A la misma tarde, le visitó el médico, recetó y no hubo medio de hacerle tomar remedio alguno, y al día siguiente que era el 3 bolvió a visitarle, continuó en recetarle y a la fuerza con una pipa tomó lo que se pudo y de las fuerzas que hacía hasta sangre le salía de las narices, de suerte que fue preciso atarle y también se desató él mismo. Al día 4 le hizo *passar* el padre Grabriel al corredor donde suele haber esos locos furiosos *dándole un par de golpes en la mano y sin palo alguno*, por ver si se aquietaría y lo tuvo que sacar porque se avían agarrado entre dos o tres con mango de escoba o *manat de bastons de bruc* bolviéndole a cerrar en una jaula con llave para que los otros no llegasen a atropellarlo como lo intentaban.

El día 5 se mantuvo cerrado en su jaula, pero no parando su boca, y nunca quiso comer cosa alguna y si solo tomar alguna vez caldo con mucha

17 AHSCSP (1769–1980) Vol. 4 Inv. 3 *Dementes Gobierno* carp. 1. Narcís Roses a administradores, 10 de septiembre de 1793.

18 Los énfasis en cursiva son míos; los catalanismos se destacan por que refleja una transición lingüística en ese periodo.

violencia y *se le sangró* en medio de su misma fuerza, aplicándola también a los que la asistían en la sangría y sujetándole con una sábana, del mejor modo que pudieron, pues se había quitado toda la ropa y quedaba desnudo. El día 6 le volvió a ver el médico y habiéndole enterado el *Padre* del estado del loco dispuso se le pusiese argolla *como se practica con muchos otros locos furiosos*. Se mantuvo con la misma furia todo el día y sin querer comer y los remedios se le daban a fuerza. Le dio varias vistas el *Padre* y antes de retirarme, que serian las 10 y media, le reconoció como estaba y que la argolla estaba en su lugar sin poderle dañar, pero el loco se estaba dando golpes en las paredes y por todo lo que podía alcanzar. Al día siguiente, que era el 7, entró el *Padre* la jaula a cosa que serian las 6 de la mañana y le encontró echado y de conseguir el vestirlo aviendo reparado, *a mes,* que tenia maltratada la espalda y un nudo con *uns blaus* pero calmadas las furias, algún tanto y ronco y sudado, el médico le vio a las 7 y media y le ordenó sangría por el cuello que no se hizo. Continuó el *Padre* en dar algunas vistas al loco y peguntándole si quería caldo siempre lo repugnó y cuando bolvió a entrar a las nueve y media lo halló muerto y declara que a su jaula nadie entró mientras estuvo con la argolla. Juan, el peluquero, a quien dio noticia el Padre que avía muerto el loco, le dixo después de averle ido a ver que enviaría ropa para vestirlo y ansí estuvo hasta las 3 de la tarde que comparecieron dos *cambrés* de parte del mismo Juan, de Mosén Ventura que les entregara el muerto lo que rehusó el *Padre* que no era *estilo hasta estar vestidos*. Que repuso el Juan, peluquero, sus instancias que el *Padre* reflexionándolo en escusarse no fuere contra el atribuyéndole lo que no era, se resolvió a entregarlo aviéndolo únicamente puesto la camisa y que lo llevaron a la Capilla y por la tarde vio mucha multitud de gentes en el patio del Hospital y que todos gritaban contra el que avía muerto al loco a palos y que los *blaus* que tenía eran de los golpes que le había dado aunque jurara que nunca lo había tocado.[19]

El caso Masó exigía explicaciones razonadas. El médico las ampara en un relato clínico, el *Pare dels Bojos* mediante uno etnográfico que otorga a los médicos un papel secundario y es mucho más ambiguo en relación a las responsabilidades que deben ventilarse. Rendir cuentas se justifica por el significado cultural de la sala como espacio en que «se atienda a [la curación del enfermo] encargándole estrechamente su custodia y cuidado con prevención».[20]

19 *DG* (1769–1980) Vol. 4 Inv.3 carp. 1. «De *Pare dels bojos* a Jaume Ponsich administrador» (11 de septiembre de 1793).

20 *DG* (1769–1980) Vol. 4 Inv. 3 carp 1. Marqués de Baños a MIA (1794).

El *Reglament*, la muerte de Masó y la paliza a las putas del relato del Baró de Maldà revelan que había *excesos*, pero que estos estaban sometidos a la mirada de una *cosa publica* atenta regida por criterios jurídicos de respeto a las personas. Por eso la MIA, al nombrar a Antonio Piera nuevo *Pare dels Bojos*, le advierte que su tarea «precisaría la aplicación de "castigos indispensables" para mantener a los locos en la subordinación y sugeción que es necesaria»,[21] y comisiona al administrador Rafael de Llinàs[22] para que busque una dependencia que permita «separar los Locos de las demás materias que hasta oy por falta de lugar han sufrido en el patio grande del referido Hospital que por razón de ser de tránsito público es a todas horas frecuentado de todas clases de gentes y se han experimentado *excesos* que deben remediarse, así de la detención de muchos malentendidos, diversión en insultar a los referidos locos como de la concurrencia de mujeres».[23]

El exceso i el regiment de la cosa publica

Según la Real Academia Española (1732: 672), *excesso* «se toma algunas veces por la demasía en el comer y beber, por la intemperancia y desreglamento en otros y semejantes vicios […]. Vale también demasía, maldad, enormidad, culpa y delito graves y […] significa asimismo enajenamiento y transportación de los sentidos, y en cierto modo éxtasis». [24] Esta noción no hace referencia a criterios cuantitativos o estadísticos, sino que es de «naturaleza cualitativa» en lenguas latinas y en inglés y se aplica a conductas relacionadas con la locura, la violencia o el pecado y en general cuando se aleja de la virtud teologal de la templanza (Comelles, 2011: 171–173).[25] Los *excesos* descritos en la sala de locos de la Santa Creu son siempre singulares; son casos con su contexto que corresponden a una mirada etnográfica parecida a la que encontramos en la corresponden-

21 *LA* (23 de enero de 1795).

22 En 1821 se decidió, por fin, que uno de los administradores se encargase de «la mejor asistencia de los ramos de *bogerías* de Hombres y de mugeres». *LA* (5 de abril de 1821).

23 *LA* (10 de agosto de 1795).

24 Este Diccionario es también de uso de la lengua y recoge numerosas acepciones y ejemplos. Peset-Llorca (1987: 81-82) establece la genealogía de exceso en la *Etica a Nicómaco* de Aristóteles y a su relectura por los escolásticos.

25 No debe confundirse el *exceso* con las nociones modernas de *anormalidad* o de *desviación*.

cia para justificar la necesidad del internamiento de los locos. En algunas cartas la descripción es prolija; en otras, *exceso* condensa significados que cualquier lector debería poder comprender. Un ejemplo es la breve misiva judicial a la MIA relativa al demente José Perera, el cual por *excessos* cometidos por él mismo en el lugar de San Andrés de Palomar mandó que fuera devuelto al Departamento de Locos del Sto. Hospital de donde se fugó el 4 de Julio.[26] *Exceso* no es un signo ni un síntoma tal como los clínicos los entienden. En la terminología catalana *follia* es vicio por exceso (Peset-Llorca, 1987: 96 y ss.):[27]

> Axí cor d'om que te lo ventre ple, ara va pensant de ça ara de lla, saltant de viltta en viltat, de legea en legea, de follia en follia (Eximenis, Terç cit. en Peset-Llorca (1987: 97).

El *exceso* estaba ya descrito en *Peri diaites* (Hipócrates, 1986), pero en el siglo xviii ya no mantiene una relación directa con la Medicina, sino con la lectura cultural que el pensamiento escolástico hizo de ella a partir de la noción de equilibrio aristotélica (Comelles, 2011: 169–175).[28] Es un concepto *moral* que corresponde a la costumbre (*moeurs*) a escala local. Por eso, en 1769, el canónigo Domingo Soler —gobernador en la jurisdicción criminal de la Seu d'Urgell— escribe a la MIA[29] sobre la siguiente cuestión:

> El infeliz estado de Juan Rocamora, labrador del lugar, el cual por la inoperancia y glotonería de beber vino, con exceso día y noche y por esa causa haberse vuelto loco, que algunas vezes loco furioso. Habiéndome sido preciso mandar ponerle preso, afín de regularle la comida, y bebida del vino, experimentando difarentes vezes con este medio ponerle quieto y sosegado de ánimo, dejándole a su casa juzgando se lograría algún remedio a su locura. Pero, viéndose con la libertad antecedente, volvía a practicar lo mismo exceso de vever vino, pasando las noches con sus companyeros glotones comiendo y bebiendo sin medida alguna. Algunas noches mandaba â su mujer se levantase de la cama,

26 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 2 (1820).

27 Sería sinónimo de la *folie* francesa o las *follies* inglesas. *Oh! Dieu si j'eusse etudié/ au temps de ma jeunesse folle* de Villon o la frase de Shakespeare *Foolery, sir is like the sun, it shines everywhere.*

28 Sacristán (1992, 1994) lo había señalado esta misma posición a partir de sumarios de la Inquisición española en el México moderno.

29 MIA: *Molt Il·lustre Administració* del Hospital General de la Santa Creu. Compuesta por dos concejales del Ayuntamiento de Barcelona y dos canónigos del Cabildo de la Catedral.

> y la hacía ir al pajar para que le llevara una gallina, para comérsela; al mismo tiempo la hacía bajar a la bodega para subir un grande pochero de vino, afín de ponerle al fuego a calentar. Muchas vezes sacaba â todos los de su familia de casa, iva a buscar sus compañeros, *sarraba* la puerta de casa, comiendo y bebiendo. Otras vezes salía con un disfraz ridículo, poniéndose una camisa sobre la ropa, a la una mano un caldero y a la otra ropa blanca, gritando por las calles quien melo [mexca]. No asse mucho tiempo que salió de casa con un palo i a quantos *joveny* o *fadrins* que encontraba, los envestía a palos. A su mujer, difarentes vezes le decía que cuanto antes la quería matar, viviendo con ese dicho con un temor grande no le sucediese una desgracia. Esta su locura a puesto â su familia con un continuo susto y ánimo inquieto, con las fatales resultas de haber dilapidado en muchas partes su hizienda, no obstante que era suficiente para vivir con la dezencia de labrador. Seria prolija narración exponer las muchas locuras de este hombre, los muchos medios que se han tomado para contenerle y curarle, pero sin el efecto que se deseaba, de forma que comprende todo el Lugar que el remedio único es detenerle en ese Hospital, pues con la dieta de la comida y poco vino, tengo por fijo viviría en sosiego y quietud en sus potencias, como así lo espero de V.S. mantendrá a esse hombre en esse Sto. Hospital para consuelo de su muger, familia y conservación de su *hizienda* que le queda. Pues exercitando Vuesa caridad procuraré que su Muger dé todos los anyos a esse Sto. Hospital una porción en cuanto le sea possible, contribuyendo al gasto de su marido, al qual será muy conforme que V.S. no le degen con livertad para volverse a su casa, que volvería a la misma locura mencionada.[30]

El «diagnóstico procede de la observación colectiva de sus actos». Para jurisconsultos como Soler, eran los *actos* (prácticas) los que permitían hablar de locura, y son *actos* los que están presentes en la rica terminología catalana de la locura (Peset-Llorca, 1987: 149). Ante ellos, agotados los recursos locales y reconocida socialmente su «locura», determinan su asistibilidad y pretenden que sea la sala de locos la que se la corrija. No obstante, tres meses más tarde, leemos:

> Ha tenido este Sto. Hospital a Juan Rocamora, en quien se han hecho las pruevas que precisan el Arte y la Ciencia de la Medicina y otras extraordinarias, pero ni por los médicos ni por los Administradores. Se reconoce tenga aquel el menor accidente de locura ni como insinúan desbarrarle el vino. Cuyo defecto no va a curar el Hospital y solo la abstinencia o moderación en este licor puede dejarle libre de sus efectos que aquí solamente se le han advertido en hablar mas de lo regular. No puede la Admón. tolerar que continúe ese hom-

30 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 1. Domingo Soler a Administración (4 de abril de 1769).

> bre entre sus locos por ser estas casas de misericordia y no de castigo y así podrá V.M servirse tomar otra providencia para la corrección y enmienda de este hombre y avisar a su familia de recogerle y a que se reconozca la atención con limosna a este Sto. Hospital.[31]

Médicos y administradores rechazan la presunción de locura y remiten la responsabilidad de su control no tanto sobre Juan, como sobre la *cosa publica* que debe tomar «providencias para la corrección y enmienda». Médicos y administradores hablan del *regiment* local *de la cosa publica*, esto es de la práctica política ciudadana, y de la responsabilidad de quienes están al frente. Sacristán (1992, 1994) ya pudo observar esa frecuente «devolución» a la *Gemeinshaft* local de los locos de la Nueva España, e indicó que solo tardíamente fue imponiéndose la pericia médica frente a la pericia social. Algo parecido se da en Cataluña cuando escribe el Ayuntamiento de Vilanova i la Geltrú lo siguiente:

> Los milicianos Christoval Morgadas y Josef Escufet presentaran a VS por encargo de este Ayuntamiento [Vilanova i La Geltrú] a Josef Tomas loco de atar, tan infeliz que no tiene quien pueda recogerle ni en el hospital proporción para curarse. Los «excesos» y escándalos que ha cometido son muchos e intolerables: amenazando matar a su hermano con un cuchillo; ha puesto paja a las puertas de su casa para quemarlas, su boca está siempre abierta para las blasfemias más horrorosas; sorprende a las gentes en los caminos e incomodando a las Personas que tiene ojeriza y se teme su furor en las jóvenes honestas e inocentes. Por cuyo motivo y porque para contenerle se han aplicado inútilmente todos los medios de dulzura y de razón que ha podido echarse mano, por consejo del Rdo. Cura y de los facultativos médicos cuyo testimonio se acompaña se remite a V.S. con la seguridad competente, esperando se sirva admitirlo en esa Sta. Casa. Así, podría tal vez ese infeliz curarse de su demencia oportunamente y verse libre de sustos y desacatos esta Villa, cuyo Alcalde y Ayuntamiento se lo agradecerían infinitamente.[32]

La pericia médica parece secundaria. El estilo narrativo de la carta no tiene nada de imperativo; por ello, sacerdote y facultativos —ambos *auctoritas*— legitiman la demanda. Sin embargo, es el *regiment de la cosa publica*, la autoridad municipal, quien asume la responsabilidad de la decisión. Lo mismo sucede en otra carta, esta del Alcalde de Cardona:

31 *DG* (1769-1980) Vol. 4 Inv. 3 carp. 1. MIA a Soler (29 junio de 1769).

32 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 3 (17 de enero de 1822).

> Habiéndose observado por este Ayuntamiento de mucho tiempo a esta parte los varios eccesos cometidos por Mauricio Margineda, soltero, vecino de esta Villa, procedentes de síntomas de locura, delirio o demencia conforme lo acreditan las certificaciones que le acompañan y viendo lo mucho que incomodaba a todos los vecinos de esta Villa y a en sus casas particulares, ya en público y también en la Iglesia en ocasión de celebrar los divinos oficios, determino este Ayuntamiento en el mes de Enero ultimo remitido a este Sto. Hospital lo que respondo verificar se a causa de haberse fugado y habiendo aparecido de algunos días a esta parte y continuando con sus mismas tarea y delirios, no puede menos el Ayuntamiento que dirigirlo a VV. SS. esperando de su beneficencia se dignaran admitirle en ese Sto Hospital, lo qual a mas de ser una caridad quedaran a VV. SS. agradecidos a este Ayuntamiento y vecinos de la Villa.[33]

Medio siglo separa las cartas que ponen de relieve la persistencia, el *embodiment,* por parte de las autoridades locales de su responsabilidad en la tutela del loco de su respeto con las personas y exige a la autoridad distinguir *delito* de *exceso*, como hace el alcalde de Taradell, Bernardo Capdevila:

> Miguel Mas y Quintana, vecino, en diferentes ocasiones desde primeros de febrero próximo pasado ha cometido unos ecsesos que han obligado al Alcalde que era y el que actualmente es a tomar providencias para impedir los insultos que continuamente ha cometido contra las autoridades y particulares así de esta villa como de Vich y otros parages. El primero fue el 7 de Marzo en cuya tarde insultó en su casa al Rdo. Cura Párroco y en la noche al Alcalde constitucional provando forzar la puerta de la casa de este, amenazando con gritos, que como vieron los vecinos, de matarle en cuyo acto le fue quitado de las manos un cuchillo, por el cual motivo fue llevado a la Cárcel, y de aquí por habérsele notado algunos síntomas de locura conducido [a la Santa Cruz] de la que fue despachado por no haber dado muestras de tal en el tiempo de detención en ella, según noticias. Regresado a ésta continuó sus antiguas manías insultando con la muñeca al Alcalde actual en cuyo acto se le quitó de las manos un punzón con el que estaba amenazando por cuyo motivo fue conducido por segunda vez a la cárcel. De la que soltado, insultó poniendo pasquines públicos en varias esquinas de la Ciudad de Vich contra el vicario general, el dómino mayor de otra ciudad y el Cura-párroco de Taradell. A más de esto sucedió a poco tiempo el ruidoso y públicamente notorio lance de haber contradecido al Padre Predicador de la Santa Misión en la Catedral de Vich, en el mismo acto de la predicación delante un inmenso gentío, cuya

33 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 3, (10 abril de 1821).

> acción movió a las autoridades de dicha ciudad a conducirlo por segunda vez a [la Santa Cruz]. Fugado o despachado de essa en la tarde del 14 del corriente repitió provar a la fuerza quitar la Bara de las manos del Alcalde conque provava contenerlo y amenazándole moriría aquella noche misma, tratándole de ladrón y demás palabras ultrajosas e igualmente algunos otros individuos con quienes están sin ninguna razón resentido. Posteriormente fue encontrado con un Cuchillo de degollar zerdos y una piedra rebotadora propia del Arte de *Pelayre*, que es su oficio, por cuya causa estuvo detenido y lo está hasta día de hoy en la cárcel de esta Villa. Esos motivos relevantes y embarasosos hechos presentes al Sr. Assesor ordinario del Alcalde han dejado en confusión al Alcalde y Ayudante para no proseguir esos asuntos por vía judicial y obligando a los mismos a tomar la providencia extrajudicial de remitir al expresado Miguel May y Quintana no acusado de esos delitos, que en su tiempo y caso pueden justificarse a las Casas de Locos del Sto. Hospital de esa Capital.[34]

La acompañan certificados del médico Rafael Solanllonch y del párroco Bach, según el cual Mas «de mucho tiempo a esta parte demuestra con sus hechos y palabras adolecer de una verdadera locura, habiendo llegado al extremo de atentar públicamente y con furor contra varias personas de esta villa. Por tanto considero no ha de permitírsele andar libre, y que necesita de promptos remedios», y ante «la imposibilidad de aplicarle en esta Villa los remedios necesarios para la curación ya por la falta de ellos, ya por la pobreza del loco, creemos necesario tenerlo encerrado circunstancia que no puede executarse en "ninguna otra parte" que en la Casa de locos de Barcelona».[35]

¿Hasta qué punto el *exceso* como locura es una enfermedad, un estadio transitorio, según palabras del médico Solanllonch, o una conducta desordenada e incomprensible en la *cosa publica*? Frente a los debates sobre los discursos intelectuales relativos a la melancolía en la Europa moderna (Bartra, 2001), en la práctica cotidiana de pueblos y ciudades parece prevalecer una experiencia basada en observaciones naturalistas sobre las conductas de los vecinos que no se sitúan en el «justo medio» y que se interpretan en base a mestizajes culturales en los que participan la medicina, la religión y el derecho.

34 *DG* (1820–1822) Vol. 4 Inv. 3 carp. 3, Bernardo Capdevila (18 de marzo de 1821).

35 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 3. Del alcalde Taradell a MIA (12 de septiembre de 1820). En un asiento de 23 de marzo de 1821 la MIA solicitará, esta vez sí, una certificación de demencia (*Libre de deliberacions de la MIA… començant l'any 1780–1790*).

> Los infrascritos [firman bayle y los concejales que no saben escribir al final] del Ayuntamiento (Talarn) en unión con el cura Párroco del lugar de Canya Corregimiento de Talarn, Obispado de Urgell en el Principado de Catalunya, declaran que Bonaventura Font, casado natural del sobredicho lugar hijo legítimo de los Consortes vivientes y muy pobres a cuyo ruego y utilidad de todo el pueblo hacemos esta representación sea admitido como a loco y tratado como tal y esperamos que con los remedios que hará ese, sanará perfectamente ese desventurado. Habrá unos quatro meses que padece el desventurado la enfermedad. Sus principales manías son querer gobernar todo estado secular y eclesiástico. Papas, reyes, obispos y todos los estados han de estar bajo su dominación. En las Iglesias sonde puede entrar revolverlo todo. Grande odio contra sus propios Padres, esposa, hermanos y Párroco a quienes todos los días amenazaba que por sus propias manos han de morir degollados e incendiado todo el pueblo. El Cura Párroco por mucho tiempo no pudo ejercer las sagradas funciones sin tener cuatro seis hombres muy inmediatos para preservarle de asesinato. En contradecirle se pone lo mismo que un león furioso. En todo ese tiempo se le han dado sangrías crecidísimas con las cuales solo se ha logrado disminuírsele la furia pero no las manías. Esperamos de su caridad para librar de una catástrofe a los Padres, esposa y hermanos del desgraciado y a todo el pueblo.[36]

El *Regiment de la cosa publica* contempla al vecino con caridad, pero sobre todo en un marco de respeto constitucional hacia su persona. Por eso las cartas no son órdenes de internamiento, sino súplicas, con un punto de ingenuidad narrativa que revelan una sincera desesperación sin odio ante su falta de recursos y de respuestas, y un compromiso colectivo en relación a la asistibilidad de quien consideran loco. Dicho compromiso incluye el apoyo de la *cosa publica* a la familia, avalando el municipio la solicitud de ingreso de Salvador Jovell el cual «tiene la desgracia de haber perdido el juicio en tales términos que su locura le conduce a *ecsesos* y escándalos difíciles de evitar en su triste estado. Por lo que careciendo su familia de medios para prestarle los remedios del arte para su curación que por otra parte no se le podrían proporcionar en aquel pueblo (Oliola, Segarra Correg. de Cervera) y sea conducido de justicia en justicia a ese establecimiento».[37]

Joaquín Andreu «soltero, vecino de [Barcelona] de 26 años se halla demente, de algún tiempo a esta parte y furioso, ya hace algunos días co-

36 *DG* (1829) Vol. 4 Inv. 3 Carp. 7 (23 de agosto de 1829).

37 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 4 (26 de mayo de 1829).

metiendo algunos *excesos* dignos de atención. Estas circunstancias han motivado que su madre y parientes se pongan de acuerdo conmigo y unánimes han resuelto poner a disposición de Uds. al citado Joaquín para que procedan, en ese Sto. Hospital, a aplicar remedios para su curación y medidas para precaver cualquier atentado o fuga.»[38] Pide el favor el gobernador civil que actúa en esta carta como mediador entre la familia y la institución.

Aunque los médicos de la *Santa Creu* visiten a los nuevos internos, excesos y locura no siguen los caminos de la enfermedad somática. José Sirera, detenido por el Ayuntamiento de Barcelona, «da indicios de demencia en términos que está alborotando todo aquel local y que puede causar si permanece en él las fatales consecuencias que son hijas de aquella enfermedad: y para precaverlas he dispuesto remitirlo a V.I. para que sea admitido en el Dep. de Locos de ese Sto. Hospital a fin que se le observe y pueda recibir los auxilios que les curen de su dolencia».[39] El diagnóstico clínico es menos importante que la concepción cultural que comparten religiosos, ciudadanos, médicos y juristas.

> Joseph Amigó i Mitjans labrador de Castellví de Rosanes, preso con motivo de haver dado varias heridas y cortado los dedos de la mano derecha a un hijo suyo llamado Mateo de edad de algunos seis años de cuyas resultas murió. Por cual motivo, bajo el concepto y en calidad de loco, fue conducido y admitido en esse Sto. Hospital el día 28 de Junio cuyo apreso dio motivo a formársele este sumario. Pero informado [el tribunal] que no es tratado como tal loco y se halla en el día existente en una de las quadras de los enfermos, en esta consideración y de las malas resultas que podría tener el salir aquél libre de dicha casa, ha venido en meritos de la misma sumaria en proveer que antes de proceder a ulterior diligencia, se proceda al visorio formal de la persona Joseph Amigó y de las circunstancias y grados de la locura si algunos hay, por dos Médicos, los que se hallen más valiosos en el particular por su concurrencia en la quadra en donde exista o haya existido dicho Joseph Amigó desde su admisión. Para ello se sirva disponer la práctica de dicho formal visorio por los Médicos y que estos libren la correspondiente testificación expresiva del concepto de la enfermedad del dicho Joseph Amigó y de su estado de actual curación., como igualmente disponer entre tanto que no se lo permita la salida sin previa noticia mía. [40]

38 *DG* (1820–1822) Vol. 4 Inv. 3 carp. 3. Gobierno Político de Barcelona a MIA (8 de junio de 1820).

39 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 3. Alcalde de Barcelona a MIA (15 de noviembre de 1822).

40 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 1. Villar del Juzgado señorial de Vilafranca a MIA (18 de agosto de1799).

La pericia médica adquiere valor porque al juez le sorprende que la conducta del internado no corresponda a los hechos violentos que llevaron a su encierro. En cambio, el informe facultativo no fue necesario para internar a Lorenzo Blanque, soldado distinguido de la Compañía de Juan de Albelda, «por el delito de haber beneficiado raciones de cebada y otros abusos los que se le justificaron y confesó, pero haviendo provado completamente, por las declaraciones de los testigos, de padecer demencia en diferentes ocasiones, el Consejo de Guerra celebrado en el campamento de la Percha le sentenció, a unanimidad de votos, a que fuese transferido a los Hospitales de Locos».[41] Testigos —los compañeros del cuartel— y los jueces deciden que está loco, y en plena campaña lo internan en un centro para garantizar su seguridad. Un criterio semejante ante «el estado de demencia al que se ve reducido Antonio Cazorla, soldado del Regimiento de Santiago, y los males a que esta expuesto si siguiese en el Cuerpo, espero que me digan si hay reparo en admitir a ese desgraciado en el Departamento de Locos, por si el beneficio del cuidado y remedios pudiese obtener su curación».[42] En otros casos, «el estado de la demencia que periódicamente padece el cabo 1.ª Buenaventura Miret admitido en el Hospital debería continuar en él el término prefijado de cuatro meses de observación lo que no se ha certificado. Siendo así que no se halla hace tiempo en un calabozo separado del cuartel como medida de precaución a consecuencia de las repetidas quejas de los individuos de su compañía y partes del oficial comandante de la misma».[43] Las autoridades militares tampoco pueden resolver el problema de convivencia que plantea el loco, ni asumir su tutela, puesto que no pueden mandarlo a prisión. Por regla general, meterlo en el calabozo fue medida provisional de contención[44], necesaria para Antonio Macià, que tuvo «un accidente de locura, para cuya curación, según dictamen de los físicos que le han visitado, son necesarios remedios, que fácilmente no pueden aplicarse en las Reales Cárceles

41 *DG* (1769–1780) Vol. 4 Inv. 3 carp. 1 (1793).

42 DG (1814-1815) Vol. 4 Inv. 3 carp. 2 (21 de junio de 1815).

43 *DG* (1820–1822) Vol. 4 Inv. 3 Carp. 3 (6 de junio de 1822).

44 En mi experiencia como médico militar en 1972, la camisa de fuerza y el calabozo eran a menudo la única solución para contención en una crisis de agitación, mientras el paciente respondía a los sedantes y estaba en condiciones de ser trasladado al psiquiátrico. Muchas crisis se producían con armas y munición, de ahí las prevenciones de los responsables militares del siglo XVIII.

en que se halla preso. Haciéndose por lo mismo preciso su traslación al departamento de Locos del Santo Hospital».[45]

La locura, distinguible del delito, es un «accidente» que mueve a la compasión y exime de la responsabilidad al loco. Mauricio Bach

> Soldado del 2º Regimiento de Infantería Ligera de Cataluña por la muerte que ha dado al cabo de su compañía Josef Portella por cuyo delito le condenó el Consejo de Guerra de Oficiales a la pena ordinaria. Enterado de lo que si arrojan los autos y de quanto han expuesto sus parientes en la representación que hicieron ante su Real persona de circunstancias que han deducido y acreditado con certificación de haber entrado dicho Mauricio en el Hospital de Barcelona por loco el 26 de febrero de 1787 y de haberle notado repetidas acciones y expresiones de tal en el tiempo que permaneció en el Presidio de aquella Ciudadela. Según resulta de las diligencias que se practicaron, aunque es su Real Animo que los delitos se castiguen con la severidad establecida por las leyes, sin que a los reos se admitan las exenciones de Demencia, ni otra alguna que pueda dejarles impunes, se ha servido resolver, conformándose con el dictamen del Supremo Consejo de Guerra, y con atención a constar que efectivamente entró en referido hospital por Loco, sin que se le haya podido recibir declaración alguna de la causa con motivo de hallarse demente, que al Mauricio Bach se lo destine a un Hospital donde con toda seguridad sea puesto en cura suministrándole las competentes medicinas a fin de que «si se verifica su curación se lo conduzca a las Reales Galeras por tiempo de diez años» con encargo a sus jefes de que observen si efectivamente queda con algunos raptos por los que sea capaz de existir en ellas el citado tiempo. Y que en este caso le vuelvan a conducir al Hospital en que se le mantenga encerrado hasta su fallecimiento «a costa de sus honrados parientes».[46]

El examen médico no parece determinante frente a la observación reiterada del reo. Si se le añade una red social y familiar influyente dispuesta a pagar el coste de la estancia, estamos también ante una forma de resolver un problema sobre el cual resulta difícil establecer los límites entre la razón y la sinrazón.

45 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 3. Juez Castells a la MIA (14 de septiembre de 1819).

46 *DG* (1769–1780) Vol. 4 Inv. 3 carp. 1. Marqués de Cajigal a MIA (28 de junio de 1791). Hay una correspondencia añadida para acabar de precisar los términos del pago por parte de los familiares y amigos de Bach.

De la contención de los excesos

De la sala de locos se espera curación con remedios, sangrías u otras prácticas y contención sin tener muy claro qué significan. Por eso, cuando la Real Audiencia envió desde Maó a Juan Tuduny, «reloxero» «sentenciado a que se encierre y cure en calidad de loco en el Hospital de resultas de haver dado muerte, en uno de lo accesos de demencia, a su propia madre»,[47] los administradores contestaron «que no siendo, como no es, su inspección la seguridad de los dementes, fuera de los medios caritativos de que suele valerse la Persona encargada de su asistencia para mantenerlos en sugección, se han desentendido siempre los Administradores de disponer lo conducente a la efectuación de dicha seguridad.»[48] Por tanto, salvo en los casos de *furiós* a los que se aplicaba la argolla o la *gàbia*, bastantes locos no planteaban problemas de contención, como Amigó o como Francisco Carreras «que se halla en la enfermería de dementes de este Santo Hospital el cual por permitirlo su demencia se ha empleado en el Hospital del colegio de San Francisco de Asís y en el día en el Hospital de donzellas, sin haber merecido recompensa particular. La [madre] le ha mantenido y mantiene de la ropa ha necesitado su hijo a sus propias expensas».[49] Muchos locos trabajaban en y para la institución, pero no necesariamente para curarse, de manera que la contención debe hoy relativizarse y evitar miradas presentistas. Precisamente, las distintas situaciones de contención del loco son las que podían resultar chocantes, antes como ahora, a instancias externas como el ejército o los tribunales acostumbrados a lidiar con conductas violentas o con una concepción represiva de la prisión. Sin embargo, a los responsables del Hospital Militar de la calle Junqueras, que reconocían su carencia de recursos para esos casos, les costaba aceptar que la contención de la Santa Cruz, no fuese carcelaria hasta «recién entradas las armas españolas en Barcelona, finida la ultima guerra, por no haberse hallado en los hospitales que dejaron los Franceses sala peculiar para enfermos dementes, se propuso a esta Admón. que admitiese a los militares enfermos de dicha dolencia hasta tanto no hubiese sala habilitada en el Hospital Militar y habiéndose prestado inmediatamente la Admón. tubo indistintamente soldados y presidiarios dementes hasta el 21 de Junio de 1816 pues en ese fueron trasladados a la sala para enfermos dementes del Hospital Militar cinco soldados. Tampoco puede este Hospital responder como antes de la seguridad

47 *DG* (1796).Vol. 4 Inv. 3 carp. 1. Marqués de Robert a MIA.

48 *DG* (1795) Vol. 4. Inv. 3 carp. 1 MIA a Marqués de Robert.

49 *DG* Vol. 4 Inv. 3. 1. Eulalia Carreras a MIA (2 de febrero de 1795).

de los presidiarios porque ni tiene sala para presos enfermos ni fuerza para asegurarlos».[50]

La *Santa Creu* no podía garantizar la seguridad pública ni aceptar a cualquiera porque era hospital y no cárcel. La *cosa publica* los distingue, y por eso la intendencia de policía de la ciudad mandó a Juan Vilardell a la sala de locos «en razón de no encontrar motivo alguno para declarar criminal la conducta de Vilardell por hallarse privado de la razón había tenido a bien providenciar que yo me encargase de un destino dejándolo a mi disposición y en su consecuencia he determinado ponerlo a la vuestra para que sea admitido en ese establecimiento único a donde puede y debe serlo en razón de su estado, evitando así los escándalos, *escesos* e incomodidades que este desgraciado por su demencia causa en todas partes».[51] No obstante, la MIA respondió que «ha estado ingresado varias veces pero los médicos no encuentran razón que se quede, no se ha observado jamás acto alguno de verdadera locura, solo si esfuerzo de aparentarla efecto todo de una mala morigeración y deseo de continuar su holgazanería. Por lo que Vilardell no necesita de lugar de curación sino de corrección».[52] Dicha respuesta es parecida a la que el Jefe político dio al respecto: no era «regular que Josef Perera permanezca en este piadoso establecimiento cuyo obgeto solo es para enfermos».[53]

La seguridad no era muy estricta, prueba de ello es el elevado número de fugas y las quejas de particulares como mosén J. Oliver de Camarasa, el cual escribe a la MIA que «a mi casa de Avellanes ha llegado el Dr. Juan Pocurull con la misma demencia por la que fue remitido a ese Sto. Hospital no habiéndose verificado su cura. Es preciso remitirlo al mismo paraje de donde me persuado habrá escapado más bien que permitido salirse como sano. Porque no es justo que "una familia sola lleve el peso del trabajo y el gasto ocasionada pues en mi casa lo he sufrido dos años y medio costeándoles a todo gasto y sufriendo las molestias y desvaratos" que me ha ocasionado y que se pueden inferir, parece muy regular que Ud. obligue "a sus parientes hacendados y que dispongan sus bienes" sobre quales ellos que contribuyan con los gastos y espensas que sean indispensables en el

50 *DG* (1820–1822) Vol. 4 Inv. 3 carp. 3. (1820).

51 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 5. Intendencia de policía a MIA (26 de septiembre de 1826).

52 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 5. MIA a Intendencia de policía (septiembre de 1826).

53 *DG,* Vol. 4 Inv. 3 Cap. 3. MIA a Jefe Político (30 denoviembre de 1820).

Hospital. Espero la justificación de esa resolución y que provea de los medios mas oportunos y que nos veamos otra vez insultados por ese pobre infeliz que siempre buscará modelos para libertarse de las penas que los aflige y de la abyección que padece».[54]

Excesos y *locura* en la *Gemeinshaft* están más próximos a los conceptos de *foll* o de *furiós*, que al de *orat*.[55] La producción maníaca o el delirio parecen menos alarmantes que los «excesos», salvo en delitos penales como la blasfemia. La Audiencia envía a Justa Alvora y Josefa Botifull reas «de varias ideas ofensivas a nuestra Religión» y «ha dispuesto que las mismas fuesen conducidas a uno de los departamentos de la casa de Locos hasta su completa curación». Una vez ingresadas, los médicos certificaron «la manía religiosa de que adolecen y que dio motivo para su traslación hasta su completa curación. Y como lejos de haberse conseguido resulta que subsiste, no se impedirá que continúen dichas mujeres en el citado departamento».[56] En otros casos es la conducta delirante la que motiva el ingreso. Francisco Antonio Soler escribe que

> Alias Viladot, vecino de Solsona ha sido conducido dos o tres días hace, al Departamento de Orates por un acto de delirio que le ha acometido. Este infeliz es individuo de la Milicia Voluntaria de aquella ciudad y con motivo de las últimas concurrencias y su comprometimiento en favor del Sistema se vio obligado a salir con la División del Brigadier Torrijos dejando allí a su familia para cuidado de su casa y llevándose a su hijo de mayor edad por no querer fuese instrumento de la seducción de los perversos facciosos. Parece que su decidido amor a la Constitución y la triste situación en que se halla su patria alteraron su juicio. Sin embargo de que no me son notorios los sentimientos filantrópicos que animan a esa corporación he creído conveniente darle esa noticia para que se sirva disponer se tenga a aquel desgraciado patriota todo amor y consideración que sea posible en su asistencia y curación atendidas las causas que le han constituido en tan infeliz estado y mediante a que no se pude servir ausilio alguno de su familia por la incomunicación que esta sufriendo la Ciudad de Solsona.[57]

54 *DG* (1769-1980) Vol. 4 Inv. 3 carp. 1 (21 de diciembre de 1798).

55 Los *ignoscents* o *fatuos* a finales del XVIII no se internaban en la Santa Creu, sino en la Casa de Misericordia.

56 *DG* Vol. 4 inv. 3 carp. 3 (20 de junio de 1822).

57 *DG* (1822) Vol. 4 Inv. 3 carp. 3. Baró de Malda a MIA.

Frente a la economía necesaria del género epistolar, cartas como la anterior permiten una mirada compleja sobre los casos, el redactor debe ofrecer al destinatario una información convincente sobre la relación entre el caso y su contexto. Esto no sucede en las certificaciones clínicas facultativas, donde desaparece información: «El Dr. Joseph Pasqual, metge de la Ciutat i Hospital de Vich certifico que Francisco Aguilar, detingut en les presons d'aquesta ciutat es loco furiós de molt temps»;[58] sin embargo, se acoge a un concepto de *furiós* que sí tiene una trascendencia semántica específica en la cultura catalana (Peset-Llorca, 1987: 146 y ss.), y que remite a la conducta violenta.

El problema de la caracterización de las conductas, especialmente las violentas, está muy presente. Los médicos dieron de alta a Antonio Macià —internado por orden de la Real Sala del Crimen en agosto de 1819— «previniendo que no se le soltase sin conocimiento de esta» «pues sus acciones son poco conformes al verdadero estado de juicio, tan extrañas y raras que se han hecho sospechosas de haber en ellas alguna simulación, siendo de parecer que se devuelva al espresado departamento para que pueda hacerse una ecsacta observación».[59] Aquí se observa un criterio solicitado ante la sospecha de simulación:

> De orden del Supremo Consejo de Guerra y Disposición del Sr. Capitán general de este Principado se conduce para entregarle en el Hospital General a Alfonso de Campos, soldado del regimiento de Caballería de Calatrava y demente según certificación para que se atienda a su curación encargándole estrechamente su custodia y cuidado con prevención si se verifica ser fingida la locura del citado Campos por declaración de los facultativos del Hospital se de parte al citado consejo como igualmente si resultase cierta después de curado para que se le expida Licencia absoluta.[60]

La falta de criterios clínicos avala la dimensión cultural de la locura, pero en el tránsito del catalán al castellano escrito desaparece la extraordinaria riqueza de matices que describiera Peset-Llorca (1987) en la terminología popular y culta catalana.[61]

58 *DG* (1814-1815) Vol. 4 Inv. 3 carp. 2 (17 de enero de 1821).

59 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 3 (10 de julio de 1822). Dos días más tarde lo trasladan a la cárcel.

60 *DG* (1794) Vol. 4 Inv. 3 carp. 1, Marqués de Baños a MIA.

61 Aunque el texto de Peset-Llorca está lastrado por su presentismo, el uso erudito de las fuentes es de una importancia crucial y abre las puertas a un trabajo que va más allá de los límites temporales que se marcó. Es evidente el empobrecimiento brutal que significó la

Los excesos *y el negocio de la* locura

El *regiment de la cosa publica* establece los criterios de asistibilidad en la *Gemeinshaft* local, pero su recurso asistencial, una vez comprobado el fracaso de los dispositivos locales de asistencia a los locos y de soporte a sus familias, era únicamente la sala de locos de la *Santa Creu*, una fundación con autonomía jurisdiccional y de gestión en la ciudad de Barcelona, y que fue durante la Cataluña moderna y contemporánea hasta finales del XIX el hospital de referencia para la tutela de la locura. Si a partir de sus *ordinacions* fundacionales el hospital no puede rechazar enfermos somáticos, la de dementes tuvo siempre una naturaleza distinta, por el largo tiempo de estancia de los internos.[62] Supone que el hospital reclamara para los dementes alguna forma de compensación a los internados que vienen con el aval de la jurisdicción municipal o de la justicia.

El juez criminal de Menorca Pedro Creus dirigió a Josep Rosselló a la *Santa Creu*, acompañado de «un Certificado de un Médico y Cirujano de Mahón para un muchacho que realmente se halla en el estado que ellos dicen como consta por el Certificado mío. Su madre es una mujer pobre y infeliz y como en esta isla no ay Hospital para Muchachos de esta naturaleza "imploro"» «*in subsidium protectio et pacis et quietis cuius Civitati* hagan el favor VS de admitir al muchacho expresado en este certificado adjunto y de tener VS, inconveniente a recivirlo en su Hospital me harán el favor de enviarme a decir, como lo debería hazer para allanarlo».[63] «Imploro» y «Me harán el favor» en el lenguaje de un juez criminal puede parecer sorprendente, así como la información relativa a la madre, pero sobre todo la fórmula latina hace referencia a la voluntad de paz y de protección de la *cosa publica* y de nuevo hay una referencia clara a las responsabilidades de las autoridades civiles, al *regiment*, en relación a la tutela del loco y a la protección de la ciudad.[64] Tanto es la ciudad que no pretende que la carga

escritura administrativa en castellano en relación con la complejidad y variedad del catalán medieval y moderno. No deja de ser curioso que, tras la Renaixença, la literatura catalana recuperara intensamente la locura como objeto literario (Dasca, 2008).

62 En els *Llibres de Admissions de bojos* que cubren todo el XVII los asientos de ingresos incluyen también notas en caso de defunción. No son pocos los que permanecieron décadas.

63 *DG* (1769–1980) Vol. 4 Inv. 3 carp. 1.

64 Teresa Huguet y Jon Arrizabalaga consideran que ese es el sentido de la locución latina.

económica recaiga sobre el hospital y por ello solicita de la institución «como lo debería hazer para allanarlo».

Este dato, como otros en el periodo aludido, hablan de un incipiente *trade in lunacy* (Parry-Jones, 1972)[65] en la Cataluña de finales del xviii, que se ajusta a lo que Zarzoso (2006) describió para la práctica médica en el Principado. Este lenguaje contractual y mercantil está también presente en la carta que el Capitán General Agustín de Lancáster dirige a la MIA sobre el costo de la estancia del médico militar Juan Pocurull:

> Haversele en cosa de seis meses solamente suministrado quatro camisas para su uso tuviese la bondad de dirigir las providencias propias de su zelo a fin de verificar por quien corresponda el auxilio de lo que reciben algunos bienes que pose el enfermo por parte de la legítima de su madre que no ha percivido y demás que se sirvió [...] Esperamos que su vista y en el concepto de no considerarnos por ahora en circunstancias suficientes y legales para proceder de nuestra autoridad a la venta de la finca o casa que parece estaría sugeta a la expresada legítima tendrá VE a bien disponer que son parte del interesado o Interesados en la Persona y bien del demente de quien fuera y competa la acción, se practiquen las diligencias que reconociere VE oportunas y prevenir a esta Admón. lo que deba ejecutar en alivio del mismo Hospital beneficio del paciente.[66]

Si en la correspondencia relativa a Rocamora se invocaba la necesidad de compensar los gastos por su estancia, una R.O. de 1794 decretó «que a todos los individuos de la Armada y del Ejército que estando en su actual servicio adolezcan de demencia se les asista y admita en las Casas de Caridad destinadas a ese efecto a cuenta de la Real Hacienda».[67] No habla de hospitales, sino de casas de caridad, que es como decir instituciones genéricas de acogida, puesto que las que habían de acoger a soldados o marineros no se veían compensadas pese a que muchos hospitales Cataluña tenían problemas de financiación por la reducción de los intereses de los censales del 5 al 3% (Comelles, Daura, Arnau y Martín, 1991: 218 y ss.). Antes las estancias de militares en la *Santa Creu* se negociaban caso a caso. Si la MIA reclamaba compensaciones, el Capitán General también podía quejarse:

65 Sobre los orígenes del negocio de la locura sigue siendo indispensable Parry-Jones (1974).

66 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 1. (1798) MIA a Agustín de Lancáster.

67 *DG* Vol. 4, inv. 3 carp. 1 (20 de junio de 1794). La MIA se da por enterada.

> Desde el depósito de remontados de la Ciudadela donde estaba sentenciado a 10 años para curarse de una demencia de que se dijo adolecía y ha permanecido de baja hasta el 26 de setiembre de este año en que se le ha dado de alta como sano. Habiéndome clamado su madre como injusta esta alta he mandado pedir noticias de su estado al Contador de este Hospital quien contesta acompañando certificación del médico que ha visitado a Francisco Carreras el tiempo que ha estado en el Hospital y que no ha adolecido de la demencia que se le atribuye. Siendo así es preciso averiguar el motivo que haya permanecido como enfermo sin estarlo el citado Carreras causando a la Real hacienda tantas injustas hospitalidades que no ha debido sufrir con tanta omisión en reconocerlo y sustituirlo a su destino.[68]

Además precisaba aclaraciones, como en el caso de Pablo Martí:

> Se podían atribuir a efectos de su locura, de la declaración su demencia en fuerza de una información recivida y del auto del mismo Bayle que manda se vuelva a este Hospital en donde había estado. Encargando al Enfermero mayor no se precipite en permitirle la salida para su pueblo ni ningún otros hasta la competente seguridad de su perfecta curación. Fundando este auto en la providencia de VS, expresa que en caso de resultar loco el citado Martí fuese otra vez conducido a este Hospital con testimonio de que no fuese despedido con tanta facilidad como se había hecho con las personas que vienen con certificación de médico de ser locas, se despiden de él luego que la observación preventiva no serlo o curan de su enfermedad. Entonces dados de alta por el facultativo de la casa reciven del enfermero mayor su papel de salida. Que muchos son los que en clase de locos se conducen a este Hospital siendo en realidad verdaderos tunantes y como no pueden ocultar su fingimiento a la sagacidad de los que los cuidan pronto quedan curados y reproducen sus supuestos arrebatos luego de haber logrado su libertad. Como hay que por su mala conducta y vicio continuo de borrachera también se tienen por tales y conducidos a este Hospital obtienen pronto su salida porque privados del pábulo de sus *ecsesos* demuestran al momento el verdadero estado de su salud. Y que por fin sin ser fácil ni precipitado se despiden de este hospital porque no corresponden al de ciertas personas y los defectos solo pueden corregirse con la aplicación de las leyes. Todo esto para que no se extrañe V.S. si sale otra vez, se avisará al magistrado.[69]

68 *DG* Vol. 4 Inv. 3 Carp. 1. Carta de A. de Agustín de Lancáster a MIA relativa a Francisco Carreras (4 de octubre de 1798). Hay respuesta de la MIA en las que no hay mala intención.

69 *DG* (1826–1829) Vol. 4 Inv. 3 carp. 4. MIA a Corregidor de Vilafranca (20 agosto de 1825).

Excesos, locura y nosología

Tras la Guerra del Francés, los certificados facultativos van teniendo mayor presencia, casi siempre asociados a los del cura párroco local:

> Declarado por el Dr. en Medicina que José Bosch, vecino de Mataró, sigue en su particular demencia y que por su estado de pobreza, conforme certifica el Rdo. Cura Párroco no pueden aplicársele en su casa los remedios necesarios a su perfecta curación ni esse Hospital de Caridad [Mataró] se halla en disposición ni tiene pieza correspondiente a enfermedades de esta clase. Dirijo a J. Bosch al de la Admón. a su cargo acompañado por el mozo de la escuadra.[70]

En ellos emerge de vez en cuando terminología clínica:

> Miquel Mas adolese por mucho tiempo a esta parte de melancolía nerviosa rayando a manía a la que sin duda pasará sin practicar los auxilios del arte. Lo que me consta por las repetidas veces que le he visitado por otros efectos y por la práctica que tengo en ello.[71]

En otros el papel del médico es más complejo, y su *auctoritas* empleada para fines distintos. Un caso interesante es el de la interna Narcisa de Cabriol, una joven de Arenys de Mar sobre la cual el alcalde y el jefe político de Barcelona solicitan:

> [...] que los facultativos y demás personas que tenga por conveniente informe sobre lo que espone Don Andrés Thorndike ciudadano de los Estados Unidos de América y del comercio de esta ciudad, que habiendo sabido por persona fidedigna que una joven llamada Dª Narcisa de Cabriol de estado honesto y según toda apariencia «víctima de la autoridad paternal o sea del furor de pasiones mal reguladas» se halla so pretexto de estar loca y contra toda razón y justicia, encuadrada en el Hospital derramando lágrimas de dolor y de amargura, privada de libertad y de la visita de sus amigos y conocidos: parece que VS informándose de la verdad de este hecho puede y debe dictar en justicia la oportuna providencia para que aquella desgraciada sea sacada de su encierro y depositada en una casa de familia de toda satisfacción a VS hasta que su salud se vea enteramente restablecida y pueda tener lugar «la deseada reconciliación con sus padres». Bajo este concepto y el de que el exponente movido solamente de sentimientos de humanidad se ofrece a satisfacer los gastos que puedan causar en la práctica de las indicadas diligencias. Y este cuerpo políti-

70 *DG* (1820–1822) Vol. 4 Inv. 3 carp. 3 (22 de enero de 1821).

71 *DG* (1820–1822) Vol. 4 Inv. 3 carp. 3. Rafael Soyanllonch médico de Vic (18 de marzo de 1821).

co para proceder con tino y circunspección en un negocio de tanta delicadeza lo traslada a VS para que informándose y oyendo detenidamente tanto a las hermanas que cuidan del Dep. de locas como a los facultativos y demás personas que puedan ilustrar a esa Admon en el particular le remita las correspondientes instrucciones con respecto a la parte intelectual y a la asistencia situación y demás en que se halla Dª Narcisa de Cabriol.[72]

A todo lo anterior contesta la MIA:

con la debida delicadez y escrupulosidad ha tomado todos los informes de los facultativos y asistentes inmediatamente encargados de Dª Narcisa de Cabriol detenida en Clase de Dementes en este establecimiento. No contenta de haber de antemano tomado los conocimientos necesarios por si misma, visitándola muy detenidamente en el departamento en donde existe así en general, como en particular por repetidas veces cada uno de los Administradores, separadamente. De todo ello resulta que el 22 de Noviembre de 1816 fue conducida al Departamento de Dementes acompañada del testimonio dado por D. Estevan Suria, médico de Arenys de Mar en que se asegura que habiéndola visitado por espacio de quince días, *la encontró enteramente pervertida* y que habiéndosele aplicado varios remedios antiespasmódicos y otro que miró por turnos no habían podido lograr alivio alguno en su salud. Observada en todo el tiempo que ha discurrido hasta el presente por los facultativos de esta casa, confirman que se ha conservado y permanece aun en un estado de demencia más o menos exaltada por lo que no han considerado que se le deba dar el alta, conforme se practica a las de su clase, luego que su salud se hallare restablecida. En todo el tiempo que ha permanecido en este Departamento esta infeliz muger ha sido tratada con el máximo decoro y humanidad por parte de las hermanas a cuyo cargo se halla, y en la clase de las más distinguidas, subministrándole por sus parientes la pensión correspondiente a la más alta condición. En cuanto al otro extremo que abraza el ciudadano Thorndike de que sea sacada de su encierro y depositada en una casa de familia de toda satisfacción no incumbe a esta Admon resolverlo y sobre el particular puede informar a VE que todos los enfermos que se hallan en este establecimiento de la clase que sean se entregan a las personas mismas que los han conducido aunque no estén curados de sus dolencias o bien a la persona que la Superioridad dispone.[73]

Ocho años más tarde su padre escribía a la MIA que «se servirá rebrer del donor a la present trenta duros plata per los tres mesos de aliments

72 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 3. Ayuntamiento de Barcelona a MIA (7 de febrero de 1821).

73 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 3. MIA a Ayuntamiento de Barcelona (16 de febrero de 1821).

despesa de la meva filla que finirán el 21 del mes corrent».[74] El calvario de Narcisa pudo dar pie a un folletín romántico, pero el término «pervertida» empleado en 1821 por el médico local para enviarla a la *bogeria* fue para mí una novedad porque en la correspondencia de finales del XVIII hay muy pocas referencias a mujeres dementes y no aparecen términos como «perversión», «vicio» ni connotaciones morales en las conductas relacionadas con las mujeres:

> las causas morales fueron en su concepto (del médico) y por haberlo oído de la misma María Teresa Fontova la imprudencia de un confesor que la impuso la penitencia de una disciplina y que fuese con una soga con la que alcanzándola a los pechos se los magulló formándose en ellos unos tumores y ella se fixó en que eran esbirros que habían de acabar con ella. El relatante, que la reconoció este mal, la persuadió infinitas veces lo contrario y lo mismo le manifestó el susodicho cirujano difunto Pedro Carrera, pero ni a los dos ni a nadie quería escuchar sobre la materia y si a los que fomentaban sus ideas. Se exasperaba y maldecía en toda ocasión al tal confesor y a los que querían abonarle. Finalmente lo que contribuyó mucho al total trastorno de M. T fue el haberse tratado su casamiento con el Sr. Francisco Esteva de Torrefarrera y el no haber tenido efecto por razón de intereses que no pudieron conciliarse y acerca del modo de la paga del Dote, que no le parecieron bien al nombrado Esteva.[75]

En otros casos, se invoca lo hereditario, como el caso de Jaume Bertrán:

> De algunos años acá que sufría una melancolía y como esta cuando nace de alguna obstrucción de variación acostumbrada, o de algún del cuerpo se cura con más facilidad y cuando procede de afecto de ánimo o de vicio hereditario, por esto mismo en dicho Jayme procediendo de un vicio hereditario lexos de paliarse con los pocos remedios que ha tomado ha cahido en una absoluta locura.[76]

74 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 3. Narcís de Cabirol a MIA (19 de septiembre de 1824).

75 *DG* Vol. 4 (1829).

76 *DG* Vol. 4 Inv. 3 carp. 3. De Sebastián Truch a MIA (30 de junio de 1820).

Locuras en la Cataluña del Antiguo Régimen

He intentado, a partir de relatos epistolares, construir una suerte de etnografía de la locura en las últimas décadas del Antiguo régimen en el Principado. La fecha inicial, 1769, es voluntariamente arbitraria: corresponde a la primera carta preservada. Hasta la regencia de María Cristina, con el interludio del Trienio Constitucional, hay elementos de continuidad y escasos indicios de cambio. Probablemente la quiebra del Antiguo Régimen en España fue un proceso de cambio cultural mucho más lento de lo que se cree, mucho más vinculado a los cambios en la organización del estado que tendrían lugar a partir de su provincialización en 1833 y la promulgación de la Ley de beneficencia de 1849, que a la mitificación artificial de la Constitución de 1812.

Contrariamente a lo que parecería, el *regiment de la cosa publica* en los ayuntamientos catalanes, como concepción cultural de la práctica política, no fue barrido por el nuevo constitucionalismo liberal puesto que, antes y después de la Ley de beneficencia de 1849 —tanto desde la perspectiva de los hospitales locales (Comelles *et alii,* 1991; Comelles, 2006), como en los procesos de medicalización y gestión de la locura y la enfermedad— hay una fuerte continuidad cultural en la que prevalecen el *embodiment* de una noción cívica y colectiva de tutela que no pone en juego al Estado, sino a la *cosa publica* y a su *regiment* local. Mas allá de los cambios legislativos de la Nueva Planta, de las desamortizaciones, de la Pepa e incluso la unificación de los códigos persisten en un lenguaje y unas prácticas públicas y privadas, herederas directas de una cultura jurídica y política paccionada que supo articularse al desarrollo del capitalismo.[77] Esta persistencia no debe considerarse una «herencia del pasado», un *survival* cultural, sino el fruto de lo que Louis Assier-Andrieu (2011) llama la «autoridad del pasado» en su intento de construir una historia antropológica de la *common law* anglosajona. Esta «Autoridad del pasado» es entendida como el valor de la suma generacional de experiencias en relación con los hechos, y que conduce a una producción y actualización del derecho y de la costumbre como un proceso dialéctico que no necesariamente conduce al conservadurismo, sino que sirve en lo esencial para construir la modernidad, es decir, relación de una situación que queremos evaluar hoy y en la que el pasado

77 Algo que mostró Vilar (1964) y que ratifica la literatura posterior, ver Fontana (1986).

puede actuar como eventual referente (Assier-Andrieu, 2012: 22). Esta autoridad no es rígida o imperativa, el autor lo demuestra a partir de la evolución de la *common law* en el derecho anglosajón y norteamericano. En gran medida el proceso descrito para el derecho pone de relieve que la *common law* o el *regiment de la cosa pública* catalana compartían una naturaleza flexible, nada rígida, que permitía adaptarse a los cambios culturales o económicos —en este caso al capitalismo—, a partir de una tradición de práctica jurídica, social y económica fuertemente *embodied* en la población. No es una paradoja que al margen del ordenamiento constitucional del Estado en España pueda persistir el *regiment de la cosa pública* en ámbitos competenciales en los que el Estado Liberal en España jamás intervino realmente. Es en el intersticio de la ley donde la prevalencia de un derecho civil consuetudinario impregna la *cosa publica* y la tutela del loco (Comelles, 2006), también la de la enfermedad, con el discurso médico o el religioso.

En la práctica, la mirada sobre el *exceso* o la demencia en el periodo aludido es doble —clínica y etnográfica. Pensar la gestión del exceso y de la locura desde esta perspectiva me parece apasionante. No veo el *Grand Renfermement*, ni tampoco nada parecido al caso británico (Andrews, 1991; Andrews y Scull, 2003) o francés (Goldstein, 1997), aunque sí hay semejanzas con la América Virreinal (Cruz Montalvo, 2006). Ante las deficiencias de la legislación liberal sobre la locura en España, que no se inicia propiamente hasta el espantoso RD de internamiento de 1885 con su tremenda reclusión a perpetuidad, el *regiment de la cosa publica* aplicada a la locura en la Cataluña moderna remite directamente a la *common law*: una práctica inductiva que se resuelve localmente y construye experiencia aunque una y otra remitan a presupuestos conceptuales distintos. Les une la práctica y la primacía de lo jurídico-político y social sobre lo médico; también les une lo que destaca Assier-Andrieu (2012: 139 y ss.) como «autoridad antropológica», concepto que voy a dejar en el más modesto de «autoridad etnográfica», entendido como el modo cómo el debate sobre la diversidad cultural y en las conductas debe alimentarse de una mirada etnográfica permanente que permita comprender cualquier casuística en un contexto local aunque quepa interpretarlo con criterios globales. Es esta lógica, esta experiencia o esta jurisprudencia local la que, a partir de los casos concretos, la *cosa publica* podrá tomar decisiones, crear e innovar a partir de la revisión crítica de las soluciones prácticas

dadas en ocasiones anteriores y con las que la nueva comparte quizás algunas semejanzas.

Quisiera evitar que se pensara que con la documentación analizada quiero dar una imagen idílica o «democrática» de un pasado. Los límites de la democracia del *regiment de la cosa pública* están en el propio Eiximenis (1927) y los he discutido en otro lugar (Comelles, 2006: 35–44). No obstante, sin el *Regiment de la cosa pública*, como sin los *Usatges* o la *Carta Magna* británica y sus garantías constitucionales la modernidad sería otra. El *regiment* aplicado a la tutela de los locos o de los enfermos y desvalidos pone de relieve un discurso jurídico sobre la compasión, sobre la piedad y, más concretamente, sobre la asistibilidad que no es religiosa, sino civil y jurídica, y por eso distingue los límites cualitativos en los excesos, y entre la sala de locos y la prisión. La tutela de la locura no es nunca exclusivamente una estrategia para proteger a la sociedad del loco: se trata de proteger al loco de la sociedad en la que ya no puede convivir.

Este texto se cierra en 1834 . Tras la Ominosa década, el administrador civil de la *Santa Creu*, el Sr. de Llinás, hijo o nieto del que ya lo fuera en el último tercio del siglo xviii, escribió en nombre de la MIA «que en beneficio de la Humanidad sería preciso procurar un local proporcionado para colocar a los locos que vienen en clase de observación y que no son verdaderamente locos, en fin que no tubiesen de estar con los furiosos y exaltados. Resuelve [la MIA] se hagan las diligencias para proporcionar un local a fin de aliviar en lo posible a aquellos infelices, y que se prevenga al encargado del departamento que no abusen de castigarlos con el látigo y que solo se valgan de este medio para la defensa en casos muy apurados».[78] Este escrito, que remite «a la autoridad del pasado» fue mucho más determinante que la Ley de Beneficencia de 1822 para la transición de la tutela civil de la locura a la tutela medicalizada. Y esa transición no la inició en España el Estado, sino el *regiment de la cosa pública* de la ciudad de Barcelona.

78 *LA* (12 de mayo de 1834). Ver también Comelles (2006: 59–69).

Bibliografía

A. Fuentes

Reglamentos de l'Institut Mental (1757-1885-1957). AHSCSP.
LA (*Llibres d'actes*). AHSCSP.
DG (*Dementes Gobierno*). AHSCSP.
Llibres d'admissions (1596–1702). Biblioteca de Catalunya.

B. Bibliografía general

Amelang, J. S. (1986) *La formación de una clase dirigente: Barcelona, 1490–1714* (p. 232). Barcelona: Ariel.

Andrews, J. (1991) «Hardly a Hospital, but a Charity for Pauper Lunatics? Therapeuthics at Bethlem in the Seventeenth and Eighteenth Centuries», en: Barry, J.; Jones, C. (eds.), *Medicine and Charity before the Welfare State*. Londres: Routledge, 63–81.

—; Scull, A. (2003) *Customers and patrons of the Mad-trade: the management of Lunacy in Eighteenth-Century London. With the complete text of Monro's 1766 case book*. Berkeley, Ca.: Univerity of California Press.

Appadurai, A. (1996, 2001) *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*. París: Payot.

Arrizabalaga, J. (2003) «Locura y Asistencia Hospitalaria en los reinos Hispánicos». En Fuentenebro, F.; Huertas, R.; Valiente, C. (eds.); *Historia de la Psiquiatría en Europa. Temas y tendencias.* Frenia, Madrid, 583–606.

Assier-Andreu, L. (1986) «Coûtume savante et droit rustique. Sur la légalité paysanne». *Etudes Rurales,* (103-104), 105–137.

— (1987) *Le peuple et la loi. Anthropologie historique des droits paysans en Catalogne française*. París: Librairie générale de droit et jurisprudence.

— (2011) *L'Autorité du passé* (p. 268). París: Dalloz.

Bartra, R. (2001) *Cultura y melancolía* (p. 268). Barcelona: Anagrama.

Comelles, J. M. (1988) *La razón y la sinrazón: asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España*. Barcelona: PPU.

Comelles, J. M. (2000) «The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective». *Culture, Medicine and Psychiatry*, *24*(1), 41–75.

— (2006). *Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad* (p. 407). Lleida: Editorial Milenio.

— (2011) «The Beast in me. The Evolution of Mad Bodies in Contemporary Europe». In C. Fainzang, Sylvie; Haxaire (Ed.), *Of bodies and symptoms* (pp. 169–185). Tarragona.

—; Alemany, S.; Francès, L. (2013) *De les iguales a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro* (p. 366). Barcelona: Generalitat de Catalunya-Departament de Cultura

Comelles, J. M.; Daura, A.; Arnau, M. Martín, E. (1991) *L'hospital de Valls: assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència* (p. 480). Valls: Institut d'Estudis Vallencs.

Cruz Montalvo, O. M. (2006) *La enfermedad mental como patología orgánica y social en el nuevo reino de granada durante el siglo xviii*. Universidad Nacional de Colombia.

Danón, J. (1978) *Visió Històrica de l'Hospital de Santa Creu de Barcelona*. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuana.

Dasca, M. (2008) *El sentido de la locura en la narrativa catalana contemporánea (1899–1939)*. Tesis de Doctorat Barcelona Universitat de Barcelona.

Eiximenis, F. (1927) *Regiment de la cosa pública*. (P. D. de M. de Rei, Ed.) (p. 5). Barcelona: Els nostres clàssics.

Faus i Condomines, J. (1908) *Els capítols matrimonials a la comarca de Guissona (Catalunya Segriana)*. Jepus.

Fernández-Doctor, A. (1987) *El Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza en el siglo xviii*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.

Fontana, J. (1986) *Història de Catalunya, V. La fi de l'Antic Règim i la industrialització (1787–1868)*. Barcelona, Edicions 62.

Fuster, J. (1960) «Orígenes y evolución de la asistencia psiquiátrica en el Instituto Mental de la Santa Cruz». *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*, 20 (2), 173–325.

Goldstein, J. ([1987] 1997) *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

González Duro, E. (1995) *Historia de la Locura en España, tomo 2. Siglos xviii-xix.* Madrid: Temas de Hoy.

Hipocrates (1986) *Tratados Hipocràticos, III. Sobre la dieta*. Madrid: Editorial Gredos.

Lázaro, J., Bujosa, F., y Homar, F. B. (2000) *Historiografía de la psiquiatría española* (p. 194). Triacastela.

Lindgren, U. (1980) *Bedürftigkeit, Armut, Not Studien zur spätmittelalterischen Sozialgeschichte Barcelonas.* Münster: Aschendorffsche Verlagsbuchhandlung.

Llibre de les costums generals escrites de la insigne ciutat de Tortosa (1912) (p. 530). Tortosa: Imprenta Querol.

López Alonso, C. (1988) *Locura y sociedad en Sevilla: historia del Hospital de los Inocentes (1436?–1840*). Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.

López Terrada, M. L. (1987) *L'Hospital General de València en el siglo xvi (1512–1600).* Tesis doctoral. Valencia: Universitat de València.

Lluch, E. (1974) *El pensament econòmic a Catalunya (1760–1849). Els orígens ideològics del proteccionisme i la presa de consciència de la burgesia catalana*. Barcelona, Edicions 62.

— (1996) *La Catalunya vençuda del segle xviii. Foscors i clarors de la Il·lustració*. Barcelona, Edicions 62.

Maldà, R. d'Amat i de C. B. de. (1987) *Calaix de sastre, Volum 1*. Barcelona: Curial.

Peset-Llorca, V. (1987) «Terminología psiquiátrica en la Corona de Aragón». *Estudios históricos sobre Psiquiatria valenciana* (pp. 25–161). Valencia: Institut Alfons el Magnànim.

Real Academia Española de la Lengua (1732) *Diccionario De La Lengua Castellana: En Que Se Explica El Verdadero Sentido De Las Voces, Su Naturaleza Y Calidad, Con Las Phrases O Modos De Hablar, Los Proverbios O Refranes, Y Otras Cosas Convenientes Al Uso De La Lengua. Que Contiene Las Letras D, E.* Madrid: Hierro.

Rey, A.; Jordà, E; Dualde, F; Bertolín, J.M. (2006) *Tres siglos de Psiquiatría en España (1736–1975)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Terradas, I. (1984) *El món històric de les masies. Conjectures generals i casos particulars.* Barcelona: Curial.

Sacristán, M. C. (1992) *Locura e Inquisición en Nueva España, 1571–1760* (p. 159). México: FCE-Colegio de Michoacán.

— (1994) *Locura y disidencia en el México ilustrado, 1760–1810* (p. 281). El Colegio de Michoacán.

Torras Ribé, J. M. (1983) *Els municipis catalans del l'Antic Règim (1453–1808). Procediments electorals, òrgans de poder i grups dominants*. Barcelona: Curial.

Vilar, P. (1961, 1964) *Catalunya dins l'Espanya moderna*. Barcelona: Edicions 62.

Zarzoso, A. (2003) *La pràctica mèdica a la Catalunya del segle xviii*. Universitat Pompeu Fabra.

— (2006) *L'exercici de la medicina a la Catalunya de la Il·lustració.* Manresa: Arxiu Històric de Ciències de la Salut.

2. EL TRATAMIENTO MORAL DE LA LOCURA Y EL SUJETO MODERNO. MÉXICO A FINALES DEL SIGLO XIX

Frida Gorbach
Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco
fgorbach@yahoo.com.mx

Introducción

Sobre el «tratamiento moral de la locura» se ha escrito mucho. Después de todo, esa práctica terapéutica remite a los inicios de la Psiquiatría y forma parte del mito originario de su historia: Pinel no solo liberó a los locos de sus cadenas, sino que fue el primero en aplicar procedimientos psíquicos. Del tratamiento moral dan cuenta numerosos tratados que se publicaron en Europa a finales del siglo XVIII y a lo largo del XIX, y todos aquellos estudios recientes que como el de Michel Foucault denuncian con firmeza sus objetivos de vigilancia, disciplinamiento y control.[1]

Sin embago, aquí abordo el tratamiento moral desde un ángulo específico, desde México, desde aquello que dijeron los médicos mexicanos en el último tercio del siglo XIX, cuando la psiquiatría apenas empezaba a perfilarse.[2] Me acerco a ese momento de emergencia con el propósito de rastrear una trayectoria específica para México —aun sabiendo que la emergencia de un concepto como el de locura no puede explicarse más que dentro del marco del pensamiento europeo—. De todas maneras, intento decir algo sobre el tratamiento moral distinto a lo que se ha dicho en Europa; me pregunto, para formularlo de otra forma, si el caso mexicano puede salirse del marco «difusionista» y convertirse en algo más que la demostración de cómo la ciencia europea se difundió al resto del mundo. Creo que esa ha sido la intención, pensar «lo local», esto es, el sesgo que aparece cuando se repiten en otro lugar las líneas del pensamiento euro-

1 Al respecto, ver entre otros Foucault (2000; 2003), Castel (1980), Goldstein (1990), Scull (1993).

2 Sobre la psiquiatría mexicana en la época ver Somolinos D'Ardois (1976).

peo; aunque también podría entender lo local en términos metodológicos, como el intento por tejer de otra manera, a partir de una situación particular, de un lugar periférico, los fragmentos de un discurso llegado de otra parte, y al mismo tiempo como el deseo de formular, desde una situación histórica marginal, preguntas generales al conocimiento.

Hay que advertir que en esta aproximación al tratamiento moral dejo de lado las prácticas manicomiales de los dos hospitales para dementes que existían entonces en la Ciudad de México. Dicho esto, me detengo en el discurso médico, aquel enunciado por los clínicos —obstetras, higienistas, legalistas e interesados también en la locura— y que construyo con las tesis de grado de la Escuela Nacional de Medicina y con algunos estudios publicados en las revistas médicas del último tercio del siglo XIX.[3] Aquí me interesa no tanto las prácticas de una institución que hicieron del aislamiento su rasgo principal, como los conceptos a los que los médicos clínicos acudieron para pensar, fuera del manicomio y sus condiciones de encierro, las posibilidades del tratamiento moral.

También, tengo que decir algo sobre cómo comenzó todo esto. Diría que el punto que desató mi curiosidad tiene que ver con la sorpresa que parecían sentir los médicos cada vez que reportaban un caso de locura. Es como si de pronto llegara la duda, de nuevo, ya cuando habían quedado convencidos de que la anatomía patológica constituía el único método científico en medicina. Lo que me intriga, pues, es su empeño por explicar la locura a partir de los postulados de la anatomía patología y su sorpresa al comprobar que este tipo de trastornos ponía en cuestión sus fundamentos; quisiera saber cómo es que los médicos permanecen dentro de los marcos de la anatomía patológica y qué es lo que hacen cuando sus postulados ya no alcanzan para explicar la locura. Por eso afirmo que el tratamiento moral surge aquí de los silencios de la anatomía patológica, en los momentos en que los médicos abandonan su suelo firme y admiten la posibilidad de que existan enfermedades sin lesión material.

Si bien son apenas los inicios de la Psiquiatría en México y todavía no se inaugura ni siquiera el célebre manicomio La Castañeda.[4] El archivo muestra ya otra manera de concebir la relación mente/cuerpo al esbozar

3 Algunas de las revistas médicas de la época son: *Gaceta Médica de México*, *Escuela de Medicina* y *El Observador Médico*.

4 La historiografía sobre la locura en México se ha centrado en el estudio de las prácticas de este manicomio inaugurado en 1910 por Porfirio Díaz. Al respecto ver entre otros SACRIS-

las líneas de un nuevo ámbito, el *psi,* y con él una idea de sujeto. Incluso me atrevería a decir que cuando los médicos mexicanos del último tercio del siglo XIX refieren al tratamiento moral están anunciando lo que sucedería años más tarde, cuando Freud le da nombre a ese proceso que tiene lugar en los terrenos de la práctica, en la relación entre médico y paciente, y que alude a un desplazamiento del afecto de una persona a otra: la «transferencia», elemento central del proceso psico-terapéutico debido a que de su resolución depende la cura.

Especialmente y relacionado con lo anterior, me interesa del tratamiento moral un momento, aquel por el cual una pasión que enferma se transforma en otra que cura; esto es, el proceso a través del cual las pasiones, las emociones y el intelecto del enfermo eran transformadas por el médico en restricción moral que posibilitaba la cura. Sobre todo me interesa el papel del médico en ese dispositivo terapéutico, su conversión en la condición de posibilidad del método mismo, es decir, en el sitio donde tenía lugar esa operación que transformaba aquello que enferma en lo que cura. Y ello porque me parece que esa metamorfosis no solo recoge el corazón de lo que más tarde definiría la psicoterapia, sino que anuncia también la problemática fundamental de las ciencias humanas, enfrentadas desde su fundación a un sujeto colocado fuera de los acontecimientos y simultáneamente dentro de ellos, sumido en una transferencia instantánea y constante con los otros. (Cfr., FOUCAULT, 2005; CLIFFORD, 2001). Lo que busco en este ensayo, por tanto, es mostrar cómo en el tratamiento moral ese conjunto de métodos que operaban directamente ya no sobre el cuerpo físico, sino sobre el intelecto y las emociones del paciente, aparecen ya las paradojas de las que la noción de sujeto sería portadora.

Sin lesión material

Una primera lectura de las tesis de grado y de los estudios publicados en las últimas décadas del siglo XIX dibuja la imagen de un saber en plena efervescencia.[5] Como si se necesitara repasar cada una de las ideas que

TÁN (2005); RIVERA-GARZA (2001); RÍOS MOLINA (2004); MANCILLA (2001). Sobre los hospitales San Hipólito y Divino Salvador ver BERKSTEIN (1981) y MORALES RAMÍREZ (2008).

5 Las tesis que los médicos presentaron en la Escuela Nacional de Medicina, así como los artículos publicados en revistas como la *Gaceta Médica de México,* presentan estudios de caso en los que, a partir de la observación clínica, reflexionan sobre la etiología de la enfermedad.

entonces circulaban en Europa, los textos brincan de un tema a otro, de un objeto a otro; y así las tesis ofrecen un panorama general de una variedad de inquietudes y las revistas médicas retratan de nuevo y a su manera esa misma avidez. Esto sucede con las tesis y los artículos de Porfirio Parra (1854–1912) sobre filosofía médica, responsabilidad criminal, alucinaciones, epilepsia, fisiología, epidemias, biología e historia de la ciencia. Era tal la avidez que al leer los documentos quedaba la sensación de que se despertaba de pronto después de un prolongado letargo, que todo era nuevo y surgía al mismo tiempo: la medicina legal y la higiene, la obstetricia y las mujeres, la teratología y sus monstruos, la biología, la raza y la locura.

Precisamente, uno de esos nuevos objetos fue la locura, o la enajenación mental o la *nevrosis*, como muchos médicos preferían llamar a ese conjunto de enfermedades cuyo origen parecía estar no en la mente, y no en el cuerpo físico. Se trataba de un objeto muy reciente, pues según el médico Isaac Vázquez (1882) fue solo hasta 1880 que en México la locura empezó a existir como un objeto de conocimiento científico; y es que antes de esa fecha, escribe, aunque se publicaron algunos estudios sobre el tema, el atraso en la materia era considerable «tanto bajo el punto de vista de la sintomatología como de la anatomía patológica». (1882: I). Lo mismo opinaba Mariano Rivadeneyra, para quien entre 1867 y 1886 apenas «se acabó de despertar el gusto por el estudio de la enajenación mental en nuestro país». (Rivadeneyra, 1887: VII).

Podría decirse entonces que en las últimas décadas del siglo xix los médicos mexicanos se incorporaron a la discusión sobre la locura que estaba teniendo lugar en Europa. De hecho, en eso consistía una de sus tareas, en seguirle el paso a una discusión que en Europa había comenzado ya en el siglo xviii; de ahí que copiaran casi textualmente pasajes de los principales autores europeos, repitiendo casi con las mismas palabras lo dicho por Pinel o Esquirol en alguna de sus obras.

Si bien la locura sería abordada desde diferentes lugares, desde la medicina legal, las enfermedades de mujeres o la fisiología del cerebro existía entre buena parte de los médicos una preocupación común: demostrar que la anatomía patológica podía explicar la locura, aun si se estaban enfrentando a un conjunto de trastornos de muchos síntomas pero sin lesiones orgánicas localizables. Se aferraban a la anatomía patológica, pero reconocían que la locura carecía de referencia material. En las «neurosis» Joaquín Centeno no conseguía descubrir ni a simple vista, «ni por medio del microscopio», «lesión material propia» (Centeno, 1885: 14). Ante

el silencio de la anatomía patológica, Francisco Rodiles se preguntaba: «¿Creemos de buena fe que no hay lesión material?», a lo que respondía de inmediato «No ciertamente […] ahora todos estamos convencidos de esta verdad: "un órgano funciona mal, siempre que existe una lesión material, o del mismo órgano o de otro que tenga relaciones íntimas con el primero"; lesión apreciable unas veces, inapreciable otras a nuestros medios de investigación…»[6] Por su parte, Germán Ochoa (1881: 12) iba más allá hasta admitir que «la locura, casi puede decirse […] no reconoce otra cosa que las afecciones morales».

Los médicos tenían que admitir la posibilidad de que la causa de la locura estuviera en una «influencia moral». Algunos de ellos, aunque no consiguieran definir positivamente en qué consistía la influencia moral, coincidían en afirmar que después de que James Braid (1795–1860) descubriera que «la imaginación o la simple imitación eran el principal factor patógeno de los hechos que presenciaba» (Guajardo, 1887: 16), era difícil seguir rechazando el poder de la parte moral sobre la parte física. Para ellos era casi una evidencia. Ochoa aseguraba que «el disgusto, la tristeza, la nostalgia, tienen una acción muy marcada para la producción de ciertas enfermedades»; es más, se podía sufrir una enfermedad «por la sola idea que se tiene de ella, y se puede morir únicamente por "autosugestión"» (Ochoa, 1881: 13). R. Lucio no dudaba que en la hipocondría «la imaginación tiene una influencia positiva» (Lucio, 1879: 3-4). En la histeria, consideraba Faustino Guajardo, «la imaginación es un elemento poderoso para influenciar el organismo»(Guajardo, 1887: 16). Y Arbón Sánchez, en 1907, ya familiarizado con los trabajos de Charcot, reconocía que la «corriente va hoy por el camino de considerar cada vez más al histerismo como afección mental» (Sánchez Herrero, 1907: 68).

Para ellos, aunque su definición fuese negativa, la influencia moral existía, y lo hacía tal como la definió la *Enciclopedie métodique* de 1815: la «moral», «conjunto de las facultades intelectuales del hombre y las afec-

6 Rodiles, Francisco (1885) *Breves apuntes sobre la histeria, seguidos de un apéndice sobre la Locura Histérica*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina: 46. Con respecto a la histeria apuntaba lo siguiente: «El adelanto de la histología patológica, de la química patológica, nos enseñará algún día la verdadera naturaleza, la verdadera causa de ciertas enfermedades; pero por desgracia este día no ha llegado aún para la histeria: nos vemos pues precisados a juzgar, como lo hacían nuestros antepasados, por la sintomatología». «La anatomía patológica, que es la que siempre ha servido para dilucidar estas cuestiones, ¿qué es lo que nos dice? permanece muda» (Rodiles, 1885: 47).

ciones del alma considerado como un estado opuesto al estado material y físico» (cit. Huertas, 2004: 202). Dicho en palabras de Dionisio García, son morales todos aquellos fenómenos «cuyo mecanismo no puede interpretarse en todas sus partes por las leyes físico-químicas…» (García Fuentes, 1877: 4). La influencia moral, entonces, no podía definirse más que en función de una carencia, por lo que allí cabía cualquier trastorno que no tuviera referencia material, tanto las emociones debidas a situaciones externas que «impresionan dolorosamente» (Rivadeneyra, 1887), como las pasiones que irrumpen desde el interior del cuerpo. Cualquier cosa podía producirlas, las noticias funestas, la vista de ciertos objetos, un recuerdo, un disgusto, un accidente, una alegría muy fuerte, o «la avaricia, el orgullo y la ambición, cuando son muy exageradas» (Ochoa, 1881: 13).

Se aferraban a la anatomía patológica, entusiasmados con el mecanicismo, solo que llegado el momento, no sin reticencia, reconocían que la influencia moral se había convertido en la única referencia. Pero ello no significa que los médicos dejaran de buscar el modo de esquivarla. Al parecer, oficialmente, no se le daba mayor importancia. Por ejemplo, en 1870 Monsiváis opinaba que la atención de los médicos no estaba puesta «en estos medios, y aún algunos los desprecian» (1870: 10); y diez años después Ochoa seguía reclamando a sus colegas el hecho de mirar ese efecto «con una completa indiferencia» (Ochoa, 1881: 14). Y es que reconocerlo abiertamente y aceptar que la moral constituía un ámbito distinto al físico, significaba poner en cuestión el precepto fundamental de la fisiología moderna por el cual —palabras de Guajardo— «todos los fenómenos de la naturaleza, tanto del orden físico como del orden moral, han sido, son y serán enteramente los mismos, así como lo son las invariables leyes que rigen a su producción» (1887: 9). Además, admitir que la mente era de una naturaleza distinta al cuerpo, significaba que esta dejaba de ser un recipiente vacío cuya única función era recoger las imágenes provenientes del mundo exterior, para convertirse en una entidad capaz de producir imágenes propias, independientes del mundo exterior. Y si ello era así, si había dos naturalezas, ¿cómo garantizar la correspondencia entre el individuo y el mundo?; y si la mente producía sus propias imágenes, ¿cómo conocer la realidad?

Estas cuestiones eran precisamente lo que intrigaba a los médicos, ese «algo» ubicado en el interior del cuerpo, que se movía en el oscuro ámbito de «lo psíquico»; que carecía de límites precisos porque pertenecía a lo más íntimo, lo más singular de cada individuo, y que se interponía en el

conocimiento objetivo del mundo; ese algo que en palabras de Monsiváis «existe profundamente en nosotros, y que no es el cuerpo, pero que le está tan íntimamente unido, que lo modifica por su modo de ser»; ese algo tan singular, tan intempestivo, que no puede someterse a las leyes generales. De ahí que el problema tuviera que ser planteado ya no en términos de enfermedad, sino de enfermos: «Verdaderamente esto es lo que debe estudiarse, porque no hay enfermedades sino enfermos: la enfermedad no es más que una abstracción» (Centeno, 1885: 19).

La locura estaba despertando muchos interrogantes, pues si esta se explicaba por una influencia moral, y la moral constituía un ámbito separado del cuerpo físico, ¿cómo pensar la fisiología moderna? Si cada enfermo era singular y su neurosis remitía a una sintomatología y un diagnóstico propios, ¿cómo construir leyes generales? Si una fuerza interior que no es exactamente el cuerpo orgánico tenía el poder de producir contenidos propios, ¿cómo conocer objetivamente el mundo? Si la locura, en definitiva, carecía de referencia material, ¿cuál era la verdad de la enfermedad?, ¿o acaso las enfermedades producidas por esas causas eran imaginarias?

La influencia moral, veneno y remedio

La influencia moral, decían los médicos, era como el veneno: al mismo tiempo que enfermaba podía curar. Simultáneamente era «la causa y el remedio» y al igual que la belladona, el opio o la nuez vómica daba y quitaba la vida al obrar «sobre el organismo del mismo modo que los [venenos] que nos suministra el reino vegetal y animal» (Ochoa, 1881:22). De hecho, como la cólera, se parecía al eléboro, la nicotina y la belladona, y el temor al opio y el terror a la nuez vómica, el reto consistía en convertir el veneno en remedio utilizando adecuadamente sus efectos y administrando la dosis correcta en el momento oportuno; solo de esa manera la influencia moral se transformaría en un arma poderosa capaz de obtener «victorias sorprendentes e inesperadas» (Ochoa, 1881).

Todo era una cuestión de fuerzas y contra fuerzas, pues si ahora la locura era vista no tanto como un error del loco, sino como una fuerza interior que disparaba imágenes y pasiones; más que convencer al loco de su error, la finalidad de la terapéutica consistía en controlar esa fuerza interna (Foucault, 2003). Si la causa de la locura estaba en una influencia moral capaz de desatar pasiones, entonces más que prescribir alguna

sustancia, era necesario aplicar «medios morales»; más que medicamentos, se recomendaba identificar primero la naturaleza de la pasión para de ese modo aislarla y someterla. El tratamiento consistía en eso, en «hacer reentrar en el dominio de la conciencia la función emancipada» hasta conseguir «que la voluntad se enseñoree» sobre la pasión, de tal forma que el enfermo «la reconquiste y someta al dominio de su voluntad» (González, 1913: 97-94).

Era como una guerra de reconquista. Toda la metafórica del tratamiento moral, se podría decir, proviene de allí: yugos, sometimientos, armas y victorias. Por eso, González la llamaba «psicoterapia armada», mientras Ochoa hablaba de armas y victorias, y Monsiváis creía que «feliz, mil veces feliz era el médico que sabe dominar la moral de su enfermo». Un dominio que se conseguía a medida que el médico se adentraba en el corazón del enfermo y conquistaba su confianza. Este era el mecanismo principal: ganarse la confianza para lo cual se valía «referir al enfermo, bajo la forma de preguntas, la sintomatología de su afección», explicarle «la enfermedad en términos técnicos y lo más raro que se pueda» (Monsiváis, 1870: 23); llenarle la cabeza de «frases ambiguas, palabras de doble sentido, salidas imprevistas y que desvían la conversación» o aparentar que se aceptan sus ideas, darle siempre esperanzas de vida y no referir jamás «ni aun indirectamente, a la muerte», todo con tal de evitar que el paciente se entere de «que sus días están ya contados» (Roa, 1870: 48). Además, había que complacerlo siempre en sus deseos y caprichos permitiéndole repasar los detalles de su sufrimiento (González, 1913), permitirle que se saciara «del placer de hablar de lo que siente» «pues no hay dolores pequeños para el que los padece» (Ochoa, 1881: 25). En el caso de que todas esas armas fallasen se procedía como lo hizo Francoise Leuret, «hábil médico (que) dominaba a sus enfermos», y entonces había que tratarlos con rigor en lugar de consolarlos, «no hacerles concesiones, obligarlos a retroceder sin cesar, y forzarlos a hablar sensatamente» (Roa, 1870: 53). Así curó Bouchut a las obreras de un taller enfermas de un síncope histérico: les quitó el trabajo y amenazó a las sanas con el mismo castigo (Monsiváis, 1870: 16).

Solo mediante la confianza el médico le enseñaría al enfermo a controlar la función perturbada, lo persuadiría de que ello era posible y lo obligaría a hacerlo. Mediante la *enseñanza* se le haría conocer lo que ignoraba; a través de la *reeducación* se le enseñaría a manipular la función perturbada, y mediante la *persuasión* se le convencería de «que *puede*, si

quiere, ejecutar el acto deseado, etc.» (González, 1913: 97). El tratamiento consistía entonces en una suerte de reeducación en el que al paciente se le enseña, persuade y obliga infundiéndole temor, porque esa era la única manera de «dominar útilmente» su voluntad (Ochoa, 1881: 42). Primero se le persuadía hasta obtener de él «una obediencia y una fe ciegas» y luego se le devolvía «una impresión moral enérgica» (Monsiváis, 1870: 20), una «sugestión imperiosa, audaz y francamente dominante para traer la obediencia y pasividad necesaria» (Malberti, 1896: 8). Este era el procedimiento para cumplir con lo que Pinel había dictado casi un siglo atrás:

> El remedio más eficaz es el que sólo se puede hallar en un hospital bien organizado, y que consiste en dominar y domar, por decirlo así, al loco, sujetándole en un todo a un hombre que por sus cualidades físicas y morales tenga sobre él un dominio irresistible, y que pueda mudar la serie viciosa de sus ideas (Pinel, 1998 [1801]: 91).

Como en una guerra de conquista, el médico se enfrentaba al paciente hasta que al final, y de eso dependía el éxito del tratamiento, aquel conseguía imponer su poder sobre el paciente, no su saber. En esa lucha entre opuestos, el deseo entendido como pasión o instinto se transformaba en moral, o lo que es lo mismo, la irracionalidad se convertía en voluntad conciente. Y aquí aparece Foucault inevitablemente cuando considera que el objeto de esa práctica denominada «tratamiento moral», definida por Haslam en Inglaterra y adoptada después en Francia por Pinel, componía una escena de batalla donde se enfrentaban la conciencia del médico y la inconsciencia del enfermo, una lucha que terminaba en el sometimiento de la inconsciencia por la consciencia, en la victoria de la voluntad del médico sobre la del enfermo (2003: 27).

La imagen del médico

Como el veneno, la influencia moral que enfermaba podía curar; todo dependía de la habilidad del médico para manipular sus efectos, de su capacidad para devolverle al paciente en forma de moral sus propias emociones, pasiones y deseos enfermizos.

En ello radicaba la cura, en la posibilidad de que la influencia moral que enferma fuese equivalente a la influencia moral que el médico ejerce sobre su paciente. Digamos que el veneno se transformaba en remedio solo si pasaba a través de la figura del médico, y es que él era el encargado de filtrar las pasiones y los instintos, de aminorarlos y domesticarlos hasta convertirlos en moral curativa; él era el vehículo de la restricción, el lugar donde operaba la represión que debía después transmitirse al paciente. De ahí que el tratamiento moral se componga de dos momentos: uno en el que el médico controla sus propias pasiones y otro en que conduce al paciente a imitarlo y repetir ese mismo procedimiento. Allí me parece radica el sentido del tratamiento moral, en esa restricción que el médico impone sobre sí mismo. Un médico lo veía así en 1870:

> La tarea de dominar nuestras impresiones hasta el grado de encerrarlas en nuestro pecho y no dejarlas aparecer sobre nuestro semblante, es difícil, lo comprendo; pero las ventajas que podríamos sacar serán tan grandes, que compensarán con usura el trabajo de emprenderla. Debemos, pues, hacer de ella un objeto de nuestra educación, y preservar con constancia hasta adquirir el dominio de nuestras impresiones; este trabajo modificará nuestro carácter, y acabará por traernos el hábito (Monsiváis, 1870: 13).

Varias eran las formas para conseguir el dominio de sí mismo. Ante todo, un médico debía cuidar la imagen, la apariencia y los modales. Así lo había señalado hacía algunos años Luis Hidalgo y Carpio (1818–1879), el fundador de la medicina legal mexicana, quien recomendaba a sus colegas vestir con decencia y aseo, «ocultar sus propios defectos» y hacerse de un porte delicado, sin afectación, todo en aras de conseguir «cautivar el aprecio y la confianza» del enfermo e «imponer las prescripciones» (citado por Ochoa, 1881: 6-7). Ochoa, recordando a su maestro, sugería siempre que un médico fuera llamado para hacerse cargo del enfermo, aparecer «con muy buen humor, con afabilidad, con dulzura», con urbanidad, pues «los médicos más notables siempre se han distinguido por sus finos modales, sus maneras corteses y en general por ese *no sé qué* que no es posible definir, pero que siempre agrada» (Ochoa, 1881: 22-23). Cuidar la apariencia y también la actitud y mostrar siempre, ante el enfermo y su familia, calma y tranquilidad mediante un semblante que, si no impasible, «sepa ocultar por lo menos los movimientos de su alma, y que sus facciones, acordes con su lenguaje, no pinten jamás sino la esperanza o la certidumbre de la curación» (Ochoa: 1881: 24).

Después, en un segundo momento, esa serie de medidas que el médico aplicaba sobre su persona debían transmitirse al paciente; esto es, primero hacía sí mismo una imagen acorde con el sentido del tratamiento y luego ejercía su influencia sobre el paciente. Esto sucedía porque dominar la locura del otro implicaba dominar primero las propias impulsiones. En ello parecía radicar el corazón del método, pues la eficacia del tratamiento moral dependía de la correspondencia entre la restricción afectiva del médico y la imposición de esa restricción sobre el enfermo. Ese era el modo de convertir en moral una pasión enfermiza; después de todo, lo que los médicos entendían por «moral» no era algo muy distinto a una pasión domesticada, es decir, filtrada por las cualidades morales del médico y, al mismo tiempo, por la verdad del método. Foucault lo diría de la siguiente manera: «Ante todo, el principio de la estricta dependencia del enfermo con respecto a cierto poder; ese poder sólo puede encarnarse en un hombre y únicamente en un hombre, quien lo ejerce no tanto a partir y en función de un saber como en función de cualidades físicas y morales que le permiten desplegar un influjo sin límites, un influjo irresistible» (2003: 24).

Podemos decir entonces que el dominio de las pasiones del médico se convertía en condición necesaria para la curación del enfermo. De ahí lo difícil que resulta separar las cualidades morales del médico de la neutralidad del método y de la verdad de la patología. Y es que en el momento en que la restricción subjetiva del observador se convierte en el fundamento del método, este define la verdad de la enfermedad (Cfr. Daston, 1999). Esta coincidencia entre método y terapéutica permite que las medidas morales aplicadas sobre el enfermo adquieran el carácter de ley general; por esa coincidencia, la preocupación por la verdad de la enfermedad es sustituida por el control del enfermo. Y entonces, en este juego de sustituciones, un asunto concerniente al ser de la enfermedad se transforma en una cuestión de deber moral. O dicho de otro modo, a través de la moral del médico un enunciado fáctico se convierte en otro normativo.

La histeria, punto de fuga

Todo parece indicar que, pese a las medidas restrictivas, algo se escapaba al control del médico, algo disfrazaba deseos, brincaba entre representaciones y desataba juegos de identificaciones. Se podría decir que ese pro-

ceso de restricción, imitación y dominio que, supuestamente requería la cura, no se cumplía al pie de la letra. Y es que a fin de controlar la voluntad del otro y conseguir que la orden emitida fuera realmente acatada, se necesitaba algo más que el mero mandato: para que el tratamiento moral resultase efectivo hacía falta que el paciente *deseara* ser como el médico, y ese deseo implicaba necesariamente la posibilidad de iniciar un juego de influencias recíprocas e identificaciones sucesivas anunciando ya lo que años más tarde configuraría el núcleo problemático de la cura psicoanalítica: la transferencia, ese desplazamiento de deseo y afecto de un sujeto hacia otro y que para Freud constituía «la palanca más poderosa del éxito» y también «el arma más fuerte de la resistencia» (1912).

Ya se habla de ello en las tesis de grado y en las revistas médicas mexicanas del último tercio del siglo XIX, aunque de forma vaga. Allí puede leerse cómo la identificación constituía simultáneamente la condición de posibilidad y el punto de fuga de un dispositivo terapéutico fundando principalmente en la obediencia. Pero hay que decir que esto se hace visible solo a condición de que los documentos sean explícitamente leídos en retrospectiva, asumiendo todo aquello que aconteció en el intervalo, después de Charcot y de Freud. Bajo esa mirada retrospectiva es posible ver en los textos una brecha, un momento en que se pierde la certeza y no se sabe bien quién observa a quién, quién influencia a quién, quién imita la conducta de quién, quién cura y quién se enferma.[7]

Ese instante sin control, digamos, es casi nítido en el discurso médico sobre la histeria, esa enfermedad cuya explicación radicó durante siglos en las alteraciones del útero, pero que de repente, en cuestión de décadas, perdió toda referencia material. Resultó que en este caso la restricción que el médico debía imponer sobre sí mismo podía convertirse en simulación, la imitación en engaño y el dominio en transgresión. Sucedía sobre todo cuando los médicos procedían mediante sugestión, una técnica cuya finalidad era persuadir al paciente, a la histérica, principalmente, dándole

7 Puede ser que esto suene a anacronismo, a esa operación tan temida por los historiadores mediante la cual proyectamos nuestros propios conceptos sobre el pasado, y ello debido a que el acercamiento al pasado tiene lugar desde una pregunta teórica formulada en el presente; pero, después de todo, diría Didi-Huberman (2008), el anacronismo es intrínseco a toda historia ya que las interpretaciones del pasado refieren a la respuesta que cada autor da a preguntas análogas en el presente, o como diría Michel de Certeau (1993), a que su lectura, por más controlada que esté por el análisis de los documentos, siempre está guiada por una lectura del presente.

indicaciones, sugiriéndole situaciones o escenas y obligándole a repetirlas. Pero en estos casos la orden debía seguir una única dirección hasta conseguir que la histérica se despojara de «la noción de su propia personalidad, y se transformara en otra» (Armendáriz, 1888: 35), se perdiera en un juego transferencial que no era unívoco sino que incluía distintos intercambios, reconocimientos recíprocos, en los que se dejaba de saber quién era el observador y cuál el objeto.[8] Por ejemplo, el doctor Francisco Altamira usaba la sugestión para adueñarse de la «voluntad enfermiza» de la paciente y obrar «sobre sus falsas ideas» (1900: 10-11); a Demetrio Mejía la sugestión le servía para convencer a la enferma y hacerle creer que cumpliría sus deseos (1896: 33); y mediante la sugestión José de Jesús González le enseñaba a las mujeres a controlar sus propias emociones; no obstante, Enrique Aragón aplicaba la sugestión y no podía dejar de preguntarse si no era la histérica la que en el fondo simulaba sufrir para engañar deliberadamente al médico.[9]

En ese dispositivo terapéutico hay un momento en que la subjetividad se configura no solo como sujeción y dominio, sino también como flujo, interacción y transferencia. Sucede quizás en el instante en que la histérica manifiesta su deseo de mimetizarse con el médico; sucede cuando el doctor Monsiváis tiene que preguntarse si no son las penas del médico las que producen la enfermedad: «¿La influencia penosa que se experimenta al contemplar a esos pobres enfermos, no será la única causa que los haga reproducirse?» (Monsiváis, 1870: 20). Y sucede cuando Enrique Aragón, atrapado en un juego de espejos, no está seguro si es la moral del médico la que se impone sobre una mujer histérica carente de identidad, o si es ella la que lo engaña tomando prestado su identidad pero resistiéndose a adoptar cualquier modelo (1929: 5).

Hay un momento en que la distinción entre observador y objeto es incierta, aunque esa incertidumbre dure solo el tiempo que tarda el médico en asumirse nuevamente como aquel que posee el poder de dominar la voluntad del otro. Dura mientras se consigue controlar ese juego transferencial volviéndolo unívoco, aunque para ello se corra el riesgo —el «único verdadero peligro» temía el doctor Francisco Armendáriz— de

8 «Las mentiras convencionales de la histeria. Mitomanía y Mitoplastía». *Gaceta Médica de México,* Tomo 5, 1929, p. 192. Ver al respecto Gorbach (2008).

9 «Las mentiras convencionales de la histeria. Mitomanía y Mitoplastía». *Gaceta Médica de México,* Tomo 5, 1929, p. 192. Ver al respecto Gorbach (2008).

que el experimentador domine por completo al individuo y lo someta a una dependencia absoluta de su voluntad, ya que entonces «el tan discutido libre albedrío, ya no existe» (Armendáriz, 1888: 46).

Decir esto no significa que los médicos hayan reconocido abiertamente el papel activo de la histérica en el tratamiento moral, pero sí reconocer cómo aquello que después se conocería como transferencia constituye ya la parte estructural del dispositivo terapéutico que los médicos mexicanos discutieron y llevaron a la práctica. Implícitamente, tuvieron que aceptar el doble papel que la imitación jugaba en el proceso terapéutico, pues al tiempo que la imitación era entendida como copia, como repetición idéntica de una conducta, se refería por otro lado a la influencia de cualquier sujeto sobre cualquier otro. Al tiempo que la histérica imitaba la conducta moral del médico, este tenía que reconocer que la imitación llevaba implícito el reconocimiento de que un sujeto se constituye como tal siempre en la relación con el otro. No en vano, la histeria encabezaba las listas de las «enfermedades simuladas» o de los «accidentes de imitación», como Monsiváis solía llamarla.[10] Y en esto me parece radica la ambigüedad del tratamiento moral, pues para garantizar el cumplimiento por parte del paciente de la orden emitida por el médico y para fundar ese cumplimiento sobre bases científicas se requería de la distancia entre sujeto y objeto. Asimismo, para que el tratamiento moral fuera efectivo, la histérica debía permitir que el médico, a partir de su relación con ella, creara una imagen de sí mismo.

Los estudios sobre la histeria muestran así cómo la medicina mexicana, pese a su apego a los preceptos de la anatomía patológica, tuvo que abrirse hacia derroteros que subvertían la relación de dominio. Al igual que en Europa, el tratamiento moral abrió aquí una pregunta distinta por el conocimiento. Foucault lo plantearía de la siguiente manera: «Con posterioridad, esa misma escena protopsiquiátrica modificada por el tratamiento moral sufrió una considerable transformación en virtud de un episodio fundamental en la historia de la psiquiatría, que fue a la vez el descubrimiento y la práctica de la hipnosis, y el análisis de los fenómenos histéricos. Tenemos, desde luego, la escena psicoanalítica» (2005: 50).

Los estudios presentan la idea de sujeto que delinea el discurso médico mexicano sobre la locura. Muestran que, al igual que en Europa, ese

10 Un análisis más amplio sobre la histeria y la simulación se puede encontrar en Gorbach (2005 y 2008).

sujeto tenía un doble estatuto:[11] de un lado, cuando las cualidades morales del médico se convertían en la identidad que la paciente debía asumir, ese dispositivo terapéutico presentaba la figura de un sujeto que se constituía como tal en la medida en que era dominado, es decir, sujetado a la ley moral; y del otro lado, cuando la histérica engañaba al médico y el médico simulaba que la curaba, esa relación de control y dominio se abría a encuentros perceptivos y vínculos de identificación.

El tratamiento moral, podría concluir entonces según lo concibieron los médicos clínicos, muestra cómo se fue configurando en México una idea moderna y ambigua de sujeto. Pero en esta preocupación por el sujeto tengo que reconocer que hace falta todavía pensarlo *localmente*. Dentro de un juego de imitaciones en el que los médicos mexicanos copian fragmentariamente lo dicho en Europa, hay que preguntarse por la diferencia que distingue a un sujeto producido por una ciencia marginal en un país periférico; en otras palabras, hace falta preguntarse si ese sujeto producido por el discurso médico mexicano es un sujeto distinto al europeo, es decir, si está atravesado por una marca colonial y si esta determina en buena medida la particularidad del caso. Por lo pronto solo puedo poner este interrogante sobre la mesa.[12]

Fuentes

Altamira, F. (1900) «El vaginismo. Su importancia en el matrimonio desde el punto de vista social», *Gaceta Médica de México*, 37.

Aragón, E. (1929) «Las mentiras convencionales de la histeria. "Mitomanía y Mitoplastía"», *Gaceta Médica de México*, 5.

Armendáriz, F. (1888) *Breves consideraciones sobre el hipnotismo*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Centeno, J. (1885) *Breves consideraciones sobre la enfermedad y el enfermo*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Freud, S. (1912) «La dinámica de la transferencia», *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 5.

11 Ver Michel Foucault (2005) *Las palabras y las cosas*, México: Siglo XXI, sobre todo el último capítulo dedicado al surgimiento de las ciencias humanas.

12 Sobre la crítica poscolonial, la identidad y la idea de sujeto, ver especialmente Homi Bhabha (1994).

García Fuentes, D. (1877) *Consideraciones Fisiológicas sobre el Sonambulismo,* México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

González, J. (1913) «La psicoterapia armada en los accidentes histéricos», México: *Gaceta Médica de México,* 8.

González Ureña, J. (1903) «Manera de explorar la personalidad psíquica de los individuos», México: *Gaceta Médica de México,* 3.

Guajardo, F. (1887) *Algunas consideraciones sobre el hipnotismo*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Hidalgo y Carpio, L. (1870) «Moral Médica», México: *El Porvenir*, 2.

Lucio, R. (1879) «Hipocondría». *La Escuela de Medicina*, 1 (5).

Malberti, J. A. (1896) *Tratamiento sugestivo de la locura*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Mejía, D. (1896) «Clínica Interna. Sobre la histeria», México: *Gaceta Médica de México*, 33.

Monsiváis, A. (1870) *Influencia Moral del médico sobre el enfermo,* México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Ochoa y Tapia, G. (1881) *Ligeras consideraciones sobre la influencia que tiene la moral en las enfermedades,* México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Pinel, P. (1998) [1801] *Tratado medico-filosófico de la enajenación mental o manía*, Madrid: Ediciones Nieva.

Rivadeneyra, M. (1887) *Apuntes para la Estadística de la locura en México*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Roa, A. (1870) *Consideraciones generales acerca de la enajenación mental, precedidas de algunas nociones sobre facultades intelectuales*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Rodiles, F. (1885) *Breves apuntes sobre la histeria, seguidos de un apéndice sobre la Locura Histérica*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Sánchez Herrero, A. (1907) «Revista Científica. Acerca del estado moral de las histéricas», *Escuela de Medicina*, 22 (3).

Vázquez, I. (1882) *Ligero estudio sobre algunas de los accidentes de la gran Histeria*, México: Tesis de la Escuela Nacional de Medicina.

Bibliografía

Bhabha, H. K. (1994) *El lugar de la cultura*, Buenos Aires: Manantial. Traducción de César Aira.

Berkstein, C. (1981) *El Hospital del Divino Salvador*, *f.*, México: UNAM.

Castel, R. (1980) *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid: Ediciones de La Piqueta.

Clifford, J. (2001) *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*, Barcelona: Gedisa.

Daston, L. (1999) «Objectivity and the Escape from Perspective». En Biagioli, Mario, (Ed.), *The Science Studies Reader,* Nueva York, Londres: Routledge.

De Certeau, M. (1993) *La escritura de la historia*, México: Universidad Iberoamericana. Traducción de Jorge López Moctezuma.

Didi-Huberman, G. (2008) *Ante el tiempo. Historia del arte y anacronismo de las imágenes*, Argentina: Adriana Hidalgo Editores. Traducción y nota preliminar de Antonio Oviedo.

Goldstein, J. (1990) *Console and Classify. The French Psychiatric Profesión in the Nineteenth Century*, Cambridge: Cambridge University Press.

Gorbach, F. (2005) «From the uterus to the brain: images of hysteria in nineteenth-century Mexico». En *Feminist Review,* 79, 83–99.

— (2008) «Los caprichos de la histeria: cuadros para una identidad», en *Historia y Grafía*, 31, 77–102.

Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

— (2000) *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid: Fondo de Cultura Económica.

— (2005) *Las palabras y las cosas*, México: Siglo XXI.

Huertas-García, R. (2004) *El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica,* Madrid: Frenia.

Mancilla Villa, M. (2001) *Locura y mujer durante el Porfiriato*, México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.

Morales Ramírez, F. J. (2008) *La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la Ciudad de México, 1830–1910*, Tesis para obtener el grado de Licenciado en Historia, México: UNAM.

Ríos Molina, A. (2004) «Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana de inicios del siglo xx», Madrid: *Frenia*, IV (2).

Rivera-Garza, C. (2001) «"She neither Respected nor Obeyed Anyone": Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910–1930», *Hispanic American Historical Review,* 81, (3-4).

Sacristán, C. (2005) «Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna», Madrid: *Frenia*, V (1).

Scull, A. (1993) *The Most Solitary of Afflictions. Mandes and Society in Britain, 1700-1900*, New Haven:Yale University.

Somolinos D'Ardois, G. (1976) *Historia de la psiquiatría en México*, México: FCE.

3. EL MANICOMIO DE LEGANÉS EN LOS ALBORES DEL SIGLO XX: JOSÉ SALAS Y VACA COMO JEFE FACULTATIVO[1]

Olga Villasante
Psiquiatra del Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid
ovillasante.hsvo@salud.madrid.org

Ruth Candela
Psiquiatra del CSM Fuenlabrada, Madrid

Introducción

Las reformas isabelinas, y la Ley de Beneficencia de 1849, crearon las condiciones para el nacimiento de una de las instituciones psiquiátricas españolas más paradigmáticas: la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés (Madrid). Este establecimiento, inaugurado en 1851, supuso un pequeño, y solo momentáneo, alivio a las congestionadas «salas de enajenados» del Hospital General de Madrid ya que, durante la primera mitad del siglo XIX, la capital del Estado no contaba con ningún establecimiento propio para albergar a enfermos mentales. Si bien esta institución nació en medio de un debate sobre el Manicomio Modelo (Peset, 1995), nunca pudo responder a estas expectativas, pues, entre otras cuestiones, presentó graves deficiencias arquitectónicas al construirse sobre un viejo caserón nobiliario de limitada capacidad (Villasante, 2003). El aprovechamiento de un viejo palacio —en lugar de la construcción de un asilo de nueva planta— obligó a un número nada despreciable de reformas para ampliarlo o acondicionarlo, todas ellas sin un plan organizado. Las modificaciones se realizaron al margen de las opiniones de los técnicos médicos, por lo que no se pudieron clasificar a los pacientes de acuerdo con la tradición francesa (agitados, sucios, tranquilos) o separar a poblaciones como los menores o los penados (Villasante, 2008).

1º Este trabajo se ha realizado en el marco del Proyecto de Investigación financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, HAR08-04899-C02-01.

El Hospital de Dementes de Santa Isabel dependía del Ministerio de Gobernación y de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad y fue declarado de Beneficencia General por la Real Orden del 1 de noviembre de 1882. El orden interno quedó oficialmente establecido en el Reglamento Orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés del 12 de mayo de 1885 y, solo unos días más tarde, los ingresos se regularon por un Real Decreto firmado el 19 de mayo 1885 por Francisco Romero Robledo, Ministro de la Gobernación.[2] Se determinó que la población máxima de este establecimiento podía, además, albergar pacientes privados, tal como se recogía en su cuarto artículo: «los pensionistas serán de dos clases: pensionistas y medio pensionistas. El número de pensionistas hasta que se amplíe el Establecimiento, con arreglo a los proyectos del Gobierno, será 30; el de medio pensionista 40, y el de pobres 130, entre uno y otro sexo».[3] Estas cifras fueron pocas veces superadas a lo largo del siglo XIX, siendo el número medio de albergados de 175 y el máximo de 220 internos (Viota y Soliva, 1896: 164). En los primeros años del siglo XX se mantuvo estable el número de asilados y, concretamente, el 1 de abril de 1911 había 100 varones y 81 mujeres (Pérez de Guzmán y Gallo, 1911: 76), número relativamente bajo de asilados si se compara con otras instituciones psiquiátricas. Por citar solo un ejemplo, el Manicomio de Valladolid, que contaba, en 1907, con 900 enfermos, siguió aumentando su población en las siguientes décadas y, en 1915, llegó a un total de 1.171 pacientes (García Cantalapiedra, 1992: 244).

A pesar de que se evitaron las masificaciones propias de otras instituciones, la falta de apoyo de las estructuras político-administrativas favoreció al deterioro y saturación de Leganés a lo largo del siglo XIX, convirtiéndose más en una institución benéfico-asilar que en un establecimiento médico-terapéutico. De este modo, cuando José Salas y Vaca accedió a la institución estaba bastante ruinosa, tal y como reflejó Eduardo Viota y Soliva, administrador depositario de esta institución desde el 16 de mayo de 1884. Viota describió en 1896 el establecimiento del siguiente modo: «Una aglomeración deforme de cosas nuevas, que se ignora si quedaran definitivas, y cosas viejas, en perpetuo deterioro y entre inmundas ruinas, que esperan todas el ansiado día de un pensamiento de arranque y de uni-

2 *Gazeta de Madrid* (21 de mayo de 1885), p. 511.

3 *Gazeta de Madrid* (15 de mayo de 1885), 135 (Tomo II), p. 448 (artículo 4º).

dad, en que la voz poderosa de la Junta de Patronos, moviendo la apatía del Estado, le haga renacer de sus cenizas» (Viota y Soliva, 1896: 178).

El objetivo de este trabajo es conocer la labor profesional de Salas y Vaca, neurólogo y psiquiatra en la institución psiquiátrica de Leganés. Por una parte, se estudiará su producción científica y la influencia que la práctica clínica de Salas en el Manicomio Nacional pudo imprimir a la obra publicada; por otra, se estudiarán las historias clínicas del Archivo Histórico de la Institución en el período que este médico andaluz ejerció como jefe facultativo. Abordaremos, además, su obra *Degenerados en sociedad* (1920), ya que pocos textos españoles originales se centraron en el controvertido tema de la degeneración mental desde el punto de vista clínico-médico. El interés de este texto recae en el hecho de que Salas intercaló teoría con historias clínicas de pacientes internados en el Manicomio de Leganés, así como de algunos enfermos de su práctica privada.

De Andalucía a Madrid: La incorporación de Salas y Vaca al Manicomio de Leganés

José Salas y Vaca, que nació en Montilla en torno a 1877, aunque no hemos podido precisar la fecha exacta, se licenció en la Facultad de Medicina de Cádiz en 1899. Poco después se trasladó a Madrid, donde solicitó la admisión en el Colegio de Médicos en marzo de 1902; allí se colegió con el número 1.109. Obtuvo el doctorado, solo un año más tarde, con la tesis «Contribución al estudio de la parálisis facial» (Salas y Vaca, 1901), trabajo que, seguramente, sirvió de base a «trofoneurosis facial», presentado en la sección de Neurología del XIV Congreso Internacional de Medicina que se celebró en Madrid del 23 al 30 de Abril de 1903 (Salas y Vaca, 1903).

Comenzó su labor profesional el 19 de octubre de 1901 en el Real Hospital del Buen Suceso, donde permaneció hasta 1908, y a mediados del año 1903 obtuvo la plaza por oposición del Cuerpo de Beneficencia General.[4] Como miembro de dicho Cuerpo fue neurólogo en el Hospital de la Princesa durante las dos primeras décadas del siglo xx, y allí ejerció como jefe de la consulta de enfermedades nerviosas y mentales hasta 1920.

4 La convocatoria de dichas oposiciones fue publicada en *Gazeta de Madrid*, 4 de abril de 1903, p. 64.

Fue profesor clínico de la Facultad de Medicina y perteneció al Cuerpo de Médicos de Baños, que había sido creado en 1816 durante el reinado de Fernando VII. Salas utilizó este tipo de tratamientos también con los pacientes internados y, en concreto, a una mujer de 42 años con delirio de carácter hipocondríaco se le concedió un permiso de un mes para tomar los baños de Alange (Badajoz).[5] Discípulo de José Miguel Sacristán (1887–1957) (Valenciano Gayá, 1977: 81), a su llegada al Manicomio Nacional ocupó la vacante de jefe facultativo dejada por Ramón Ezquerra Boi —incorporado en 1907— tras su fallecimiento. Permaneció en Leganés desde abril de 1911 hasta diciembre de 1929, con algunos períodos de interrupción que coinciden con su ejercicio como Gobernador Civil.[6] A su llegada al establecimiento psiquiátrico encontró como médicos a Antonio Yunta e Ignacio del Mazo y Almazán (Viota y Soliva, 1896: 178); este último permanecía en la institución desde el 4 de septiembre de 1883 y ocupó la plaza de jefe facultativo hasta 1907. La actividad de Salas y Vaca en el cuerpo de la beneficencia general la simultaneó con la asistencia clínica particular, especializada en «instalación de electroterapia», técnica que también aplicó a los pacientes hospitalizados en Leganés. En las historias clínicas revisadas aparecen pacientes tratados con corrientes galvánicas farádicas en casos como un delirio de carácter hipocondríaco o una hemiplejia y demencia asociadas.

Salas y Vaca perteneció al Instituto de Medicina Social, impulsado por Antonio Aguado Marinoni, César Juarros, Salvador Albasanz, Antonio Piga, Luis Huerta, Gustavo Pittaluga, Gregorio Marañón y Manuel Tolosa Latour. Este instituto se constituyó en 1919 con el fin de fomentar la creación de un Ministerio de Sanidad que se convirtiera en un instrumento del poder sanitario para impulsar e institucionalizar una serie de reformas y resolver algunas cuestiones sociales que mejoraran las condi-

5 La paciente de 42 años, casada, ingresó el 14/05/1911 por un delirio de carácter hipocondríaco que evoluciona a psicosis obsesiva con fondo melancólico. Solo 15 días después de su ingreso se le concedió un mes y la paciente fue dada de alta, al no presentarse tras otra licencia de dos meses el 04/04/1913.

6 En junio de 1924 es nombrado gobernador civil de Albacete (y posteriormente de Cádiz) y se reintegra, en octubre de 1926, como director del manicomio. En enero de 1927 es nombrado gobernador de Huelva, permaneciendo hasta diciembre de 1928. Ejerció como jefe hasta diciembre de 1929, momento en el que pidió su baja por traslado a Andalucía. Se puede consultar esta información en el Expediente del Colegio de Médicos de Madrid de José Salas y Vaca.

ciones del obrero (Álvarez, 1988). Las reformas en Leganés fueron también una prioridad para Salas y Vaca, quien además trató de incrementar el nivel científico del establecimiento al conseguir que se autorizaran las investigaciones biológicas que, durante algún tiempo, llevaron a cabo Morales y Muñoz del Instituto de Higiene Militar (Salas y Vaca, 1924: 9). Durante la dirección de Salas, Fernández Sanz (1872–1959) organizó la clínica mental en la que colaboraron Ignacio del Mazo, Aurelio Mendiguchía, Antonio Martin Vegué y César Juarros (1879–1942), siendo este último quien utilizó el asilo para los alumnos del Instituto Criminológico. Desde su entrada en el manicomio, Salas y Vaca reclamó insistentemente reformas que recogió en dos obras —*Frenocomios Españoles. Bases para la Reforma de nuestros servicios de alienados* y *Mejoras realizadas en los Servicios del Manicomio Nacional*— (Salas y Vaca, 1929). Su campaña, que apoyaba la reforma de todas las instituciones españolas, después de haber realizado un pequeño análisis de todas ellas, fue apoyada por Fernández-Sanz y unos años más tarde por Rodríguez Lafora, que emprendió una dura crítica de la situación de los manicomios españoles (Rodríguez Lafora, 1916).

Esta vocación sociopolítica de Salas se hizo patente una vez instaurada la dictadura de Miguel Primo de Rivera en España a partir de septiembre de 1923. Probablemente su afinidad con ella le llevó a abandonar Madrid para ocupar cargos de Gobernador Civil en las provincias de Albacete[7], Cádiz[8] y Huelva[9]. Durante ese periodo Enrique Fernández Sanz (1872–1959) ejerció como médico consultor y Aurelio Mendiguchía Carriche se hizo cargo de la institución como jefe en funciones, mientras Salas no se encontraba en la capital (Candela y Villasante, 2011).

La labor desarrollada por Salas debió contar con la aprobación de los responsables del manicomio a diferencia de otros facultativos como Luis Simarro Lacabra (1851–1921) quien, en la década de los setenta, había mantenido un conflicto abierto con la dirección que le obligaría a dimitir (Moro y Villasante, 2001). De hecho, a Salas le fue otorgada la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia a petición de la Junta de Patronos

7 *Gazeta de Madrid* (24 de junio de 1924), 176, p. 1488.

8 *Gazeta de Madrid* (15 de mayo de 1925), 135, p. 899.

9 *Gazeta de Madrid* (21 de enero de 1927), 21, p. 442.

en 1921[10] y los Honores de Jefe Superior de la Administración Civil.[11] Ese mismo año, en 1929, trasladó su residencia a Córdoba —debido a problemas de salud— y se inscribió, en febrero de 1930, en el Colegio de Médicos de dicha población con el número de colegiado 430. Falleció tres años más tarde.

La producción científica de Salas y Vaca: entre la neurología y la psiquiatría

Salas y Vaca perteneció a ese colectivo de médicos que conjugaban conocimientos en neurología y enfermedades mentales y que, en las primeras décadas del siglo XX, adquirió una especial preponderancia. Gran parte de estos mentalistas, como eran denominados, se constituyeron como un grupo de neuropsiquiatras con formación neurobiológica denominado *generación de Archivos*, en referencia a la revista *Archivos de Neurobiología* (Lázaro, 1997: V–XIX). Durante los primeros años de ejercicio la mayor parte de las publicaciones de Salas se divulgaron tanto en libros impresos como en revistas de ámbito nacional (*Revista de Especialidades Médicas*, *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* y *Archivos de Neurobiología*). Sus primeras aportaciones estuvieron centradas en patología neurológica: enuresis nocturna en adultos, esclerosis encefálicas en la infancia, idiotismo, hemiplejía, paraplejía espasmódica y suspensiones del desarrollo del cerebelo y del lenguaje de los niños, neuropatías específicas, corea de Sydenhan, polineuritis, cuadriplejia de la neuritis motora de origen plúmbico, neuralgias, enfermedad de Raynaud… A pesar de esta iniciación como neurólogo, se observó un creciente interés de Salas por la patología mental, así como la interacción con otros neuropsiquiatras como Enrique Fernández Sanz, a quien conocía antes de su llegada a Leganés. Ya en el año 1902, y solo un año después de doctorarse, Salas le dirigió a Fernández Sanz la publicación «Alcoholofobia» en *La correspondencia Médica* (Salas y Vaca, 1902), cuya respuesta no se hizo esperar con «Alcoholofilia» (Fernández Sanz, 1903): en ella se rebatían los argumentos sobre las propiedades terapéuticas del vino y el alcohol. No hay que olvidar que, en las últimas décadas del siglo XIX y las

10 *Gazeta de Madrid* (21 de noviembre de 1921), p. 614.

11 *Gazeta de Madrid* (7 de diciembre de 1929), p. 1.532.

primeras del xx, se planteó un debate en torno al alcohol, de modo que parte de la comunidad científica defendía las propiedades tónicas del vino y otros alcoholes (Campos, 1997). De hecho en La Casa de Santa Isabel se permitía, bajo prescripción facultativa, una dosis diaria de vino de Valdepeñas que no excediera la cantidad de 23 centilitros en cada comida.[12]

El interés en la patología mental y su divulgación fue previo al inicio de su labor clínica en el manicomio tal como queda de manifiesto en las tres conferencias ofrecidas en el Colegio de Médicos de Madrid el año 1903. Dedicadas al estudio —tanto etiológico como terapéutico— de la neurastenia fueron publicadas en tres artículos consecutivos en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, bajo el título «La neurastenia, sus causas y tratamiento» (Salas y Vaca, 1903). Además de las aportaciones clínicas, Salas se declaró defensor del Colegio de Médicos que había quedado definitivamente creado en el Real Decreto del 12 de abril de 1898.[13] En la introducción de dicho trabajo se mostró entusiasta con su fundación, la cual, a su modo de ver, dignificaba la profesión médica. Sin embargo, la controvertida institución se hallaba entonces inmersa en un arduo debate sobre la obligatoriedad o no de la colegiación (Albarracín Teulón, 2000). En los siguientes años publicó también «Consideraciones sobre un caso de psicopatía sifilítica» en la *Revista de Especialidades Médicas* (Salas y Vaca, 1905), un artículo dedicado a Ramón Ezquerra Boi, neurólogo y alienista al que luego sucedió en la dirección de Leganés. Publicado el mismo año que Fritz Schaudinn (1871–1906) descubría la *spirocheta* en las lesiones genitales primarias, pero aún lejos de la introducción de la penicilina para el tratamiento de este agente infeccioso (Villasante, 2004). Al año siguiente apareció «Psiconeurosis consecutivas al atentado del 31 de mayo último» (Salas y Vaca, 1906), en el que el autor describía variadas formas de neurosis traumáticas observadas en el Hospital de la Princesa, secundarias a la explosión de una bomba. El responsable había sido Mateo Morral Roca (1880-1906), el anarquista que consiguió lanzar el artefacto mortífero escondido en un ramo de flores contra la carroza que conducía a Alfonso XIII y Victoria Eugenia de Battenberg después de su matrimonio. Si el rey y su esposa resultaron ilesos, el atentado se cobró 23 víctimas mortales y se contabilizaron, al menos, un centenar de heri-

12 «Reglamento orgánico para el régimen y gobierno interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés» puede consultarse en *Gaceta de Madrid,* 15 de mayo 1885.

13 *Gazeta de Madrid,* 15 de abril de 1898, 237 (105), pp. 195–198.

dos, alguno de ellos descrito por el propio Salas y Vaca en su artículo. Ese mismo año publicó «Las Neurosis Sintomáticas», extenso texto publicado en cuatro entregas consecutivas en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas,* donde hizo hincapié en la existencia de «grupos de neurosis, como el histerismo y la neurastenia, que han de durar mucho tiempo entre las perturbaciones funcionales sin lesión conocida» (Salas y Vaca, 1906; 321). Conviene destacar, no obstante, que estos diagnósticos no son frecuentes, por no decir que están casi ausentes, en las historias clínicas estudiadas del Manicomio de Santa Isabel entre 1911 y junio de 1924, periodo que corresponde al de la máxima actividad clínica de Salas y Vaca. Así pues, de 415 historias clínicas analizadas no se ha hallado ninguna neurosis sintomática y tan solo se ha encontrado una psiconeurosis en 1917. Este diagnóstico correspondía a una mujer de 24 años de edad ingresada en el manicomio —desde diciembre de 1917 hasta junio de 1918— y dada de alta por prescripción facultativa. Es destacable que en las historias no figurase ningún tratamiento.

En 1911, el primer año que trabajó en Leganés, Salas publicó «psicosis epilépticas» definidas como «aquellas formas de psicopatías enlazadas de modo directo y dependientes por su génesis con el síndrome epiléptico. Como clínicos y neurólogos siempre solicitó nuestra atención la neurosis epiléptica, porque el resultado final de sus terribles manifestaciones envuelve el mayor de los desórdenes mentales; porque entre sus larvados síndromes se esconden los más desastrosos impulsos de perversión criminal […] caracterizado por la indeleble huella de la abolición mental, que integra la más aparatosa incapacidad psíquica de las que se observan en los Asilos» (Salas y Vaca, 1911: 289). Admitía una predisposición morbosa tanto adquirida como congénita, considerando la herencia como el factor principal en la epilepsia esencial. En esta publicación Salas se sirvió de su experiencia clínica en el Manicomio para ilustrar su trabajo, describiendo los casos de doce enfermos tanto desde el punto de vista diagnóstico como clínico y terapéutico. La epilepsia y diferentes variedades —idiotismo epiléptico, síndrome epileptoideo con fondo demencial, parálisis epiléptiforme, epiléptico con fondo constitucional frenasténico…— constituyeron, al menos, una décima parte de los diagnósticos hallados en Leganés, de los que nueve de ellos fueron etiquetados de psicosis epilépticas. Si bien Salas consideraba que estos pacientes epilépticos presentaban una tendencia al suicidio, no se ha objetivado en ninguna historia clínica intentos o suicidios entre los pacientes epilépticos.

En la terapéutica en «psicosis epilépticas», apuntaba que en cuatro de las cinco personas epilépticas en las que fue utilizado el Veronal se había modificado la evolución del cuadro mejorando significativamente la historia clínica. El Veronal o barbital —ácido dietilbarbitúrico— fue el primer fármaco de esta familia introducido por Joseph von Mering (1849–1908) y Emil Fischer (1852–1919), en 1903 (Muñoz, 2007). Introducido en la primera década de siglo en España por Bayer (Sanfeliú, 1908; Juarros y Ortega, 1914), su elevada toxicidad y larga semivida, sin embargo, obligaron a la búsqueda de otras formas como el luminal y el fenobarbital, que se utilizó para la sedación y el control comportamental. Sin embargo, en relación a las aplicaciones terapéuticas encontradas en las historias clínicas revisadas de ese período, son muy pobres y no se ha registrado ningún tratamiento con veronal, a pesar de que Salas pudo haberlo utilizarlo con buenos resultados. No obstante, sí está registrado el tratamiento con luminal —barbitúrico que al sustituir un grupo etílico del barbital por un radical fenilo se convirtió en menos tóxico».

Dos años más tarde, en 1913, Salas publicó «Psicosis histéricas y coreicas», donde describía el histerismo como un cuadro que «no suele ofrecer grandes síndromes vesánicos de cuadro completo y evolución propia, a menos que el individuo que los presente no cuente con estigmas degenerativos suficientes que sirvan de enlace patogénico entre esta neuropatía y la psicosis propiamente dicha» (Salas y Vaca, 1913: 129). Asímismo, describía el temperamento histérico por una emocionalidad desmedida, una débil voluntad, una excitabilidad e irritabilidad que eran responsables de los síntomas como las alucinaciones o las «ideas fijas subconscientes». Estas ideas detenidas en el umbral de la conciencia, bien estudiadas por Pierre Janet (1859–1947)[14], eran las responsables de las hiperestesias, contracturas, parálisis, insomnios, tics, obsesiones o delirios presentes en los enfermos. Si bien cuando Salas publicó este trabajo llevaba al menos un año trabajando como director facultativo de Santa Isabel, en los historia-

14 Pierre Janet, cuya primera formación fue como filósofo, fue requerido por Charcot para el Laboratorio de Psicología de la Clínica de la Salpêtrière en 1890. Su ingreso en la historia de la psiquiatría se resume, según Postel y Quétel, por su proposición de pluridisciplinariedad que propone en *Les obsesions et la psychasténie (1903).* Así pues, Janet se asocia a la definición del polémico término psicastenia, que abarcó las obsesiones, «la locura de la duda»… o lo que Magnan había definido como «locura de los degenarados». Véase Postel, Jacques; Quétel, Claude, (1987) *Historia de la psiquiatría,* Mexico: Fondo de Cultura Económica, pp. 368–375 .

les clínicos consultados no hemos encontrado ningún enfermo con este diagnóstico. Casi una década después, en 1922, publicó «Paranoicos familiares», enfermos definidos como «psicópatas que afectos de locura lúcida, pasan la vida en el recinto manicomial sin hacer ostensible su delirio, porque sin duda les falta el ambiente doméstico en el que suelen desarrollar sus peligrosas tendencias» (Salas y Vaca, 1922: 176–178). Se mostraba preocupado por las repercusiones que la salida del Manicomio de estos enfermos pudiera acarrear a la sociedad ya que frecuentemente se hallaban sometidos a juicios por su irascibilidad y violencia. Si bien no ha sido posible revisar las historias de los casos que ilustran este artículo debido a la falta de datos específicos acerca de ellos, sí hemos encontrado el diagnóstico de paranoia familiar en las historias clínicas del Manicomio Nacional. La paciente era una mujer de 46 años de edad, casada, que ingresó por primera vez en el Manicomio en 1918, y permaneció hospitalizada cerca de dos años por ser diagnosticada de alcoholismo y «constitución paranoide forma celosa». En la historia no se menciona el motivo de alta, aunque se le concedió una licencia de dos meses previa a la tramitación de la misma. El número de registros evolutivos en esta historia clínica se reducía a tres, a pesar de que en el artículo 13 del *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés* de 1885 se disponía que el facultativo debía anotar las modificaciones y cambios en la hoja clínica en los días 13 y último de cada mes[15]; cabe añadir que dicho incumplimiento administrativo no fue exclusivo de esta época. La paciente paranoide ingresó dos años después del alta y, en este segundo ingreso fue diagnosticada como «síndrome paranoide con impulsos y agresiones que caracterizan la paranoia familiar»; Obtuvo el alta judicial tras dos años de ingreso sin curación.

Entre la producción de Salas y Vaca destaca, sobre todo, *Degenerados en sociedad* (1920), publicada previamente como media docena de artículos en *Medicina Social Española* a partir de 1916. Esta obra merece un capítulo independiente dada la gran influencia que ejerció la teoría de la degeneración en la psiquiatría decimonónica y la de primeros del siglo xx.

15 «Reglamento…» (1855) op. cit.

Los degenerados del Manicomio Nacional de Leganés

En 1857 Benedict A. Morel (1809–1873) formuló la teoría de la degeneración en el *Traité de dégénérescences physique, inellectuelle et morale de l'éspèce humaine* y, tres años más tarde, estableció una clasificación etiológica de las enfermedades mentales en su *Traité des maladies mentales.* Los postulados de Morel fueron modificados, en 1895, en *Les dégénérés* de Valentín Magnan (1835–1916) y P. M. Legrain. A juicio de Rafael Huertas, la introducción de las ideas darwinistas que, en 1859, se habían postulado en el *On the origin of Species* convirtieron la teoría de la degeneración en «más científica» (1987: 51). A finales de siglo empezaron las primeras publicaciones españolas que específicamente abordaron el tema desde el punto de vista clínico, como *Neurosis y degeneración*, publicada en 1897 por Ots y Esquerdo (Ots y Esquerdo, 1897), y, ya en el cambio de siglo, apareció la tesis doctoral *Degeneración y locura* (1900) de Mateo Bonafonte Nogués (1862–1940). La introducción de la teoría en España ha sido ampliamente estudiada en *Los ilegales de la naturaleza* (Campos, Martínez-Pérez y Huertas, 2000), indispensable libro conjunto cuyo título responde al término utilizado por J. M. Escuder en *Locos y anómalos.* Si bien, como sostienen los autores de *Los ilegales de la naturaleza,* en general, los frenópatas presentaron cierta reticencia ante aplicar la teoría de la degeneración en el terreno clínico, Salas constituye una excepción a dicha afirmación. Se puede comprobar, como veremos en el desarrollo de este apartado, por el estudio de las historias clínicas entre 1911 y 1924 —época en que la trabajó en la institución psiquiátrica—, que los diagnósticos asociados a la degeneración fueron utilizados en numerosas ocasiones.

El libro de Salas y Vaca se editó en 1920. Sin embargo, este había sido gestado previamente ya que a partir de 1916 fue publicado en *Medicina Social Española,* revista de corta duración (1916–1920) fundada por Malo de Poveda. Esta revista estuvo vinculada al Instituto de Medicina Social, impulsado por Antonio Aguado Marinoni y, no solo médicos interesados en psiquiatría como César Juarros o Manuel Tolosa Latour, sino también por personalidades de otros ámbitos de la medicina ya citados. En esta publicación, al igual que en el resto de la obra de Salas, el médico se sirve de cuadros clínicos observados en el manicomio para cuyo estudio fue ayudado por el resto del personal del establecimiento, según él mismo refirió (Salas y Vaca, 1920: VII).

La monografía de casi doscientas páginas, fragmentada en 26 capítulos, se enriquece con las descripciones clínicas, las cartas y los escritos de algunos internos de Leganés, cuya redacción probablemente el mismo Salas estimulaba. Así pues los historiales clínicos del manicomio nacional y algunos casos de su consulta privada sirvieron al mentalista para exponer sus concepciones teóricas modeladas por una «filosofía católica». Los degenerados eran, para el autor, «seres de génesis cerebral incompleta […] predispuestos a sufrir procesos de enajenación mental que de un modo transitorio o permanente los hacen extrasociales» (Salas y Vaca, 1920: 5). Por una parte, Salas aceptaba la idea moreliana de la herencia con ciertas restricciones y admitía una gradación en los síntomas desde las neurosis y los síndromes psicopáticos parciales, hasta los imbéciles e idiotas —último grado de degeneración—. No obstante, en esta agravación progresiva de los estigmas transmitidos de padres a hijos, el alienista andaluz observó que, frecuentemente, en la práctica aparecían individuos estériles a modo de protección de la especie. Por otra parte, consideraba que otros factores (enfermedades diatésicas, infecciones agudas, tuberculosis, intoxicaciones profesionales de los obreros, alcohol, morfina o cocaína) podían generar degeneración, susceptible, sin embargo, de prevenirse con las ligas defensivas sociales. De ese modo, Salas y Vaca se desmarcaba del nihilismo propio de la degeneración al considerar ciertos factores preventivos: «El ambiente educador influirá ciertamente en el porvenir de estos sujetos que, si en mucho deben la morbosidad a su origen, no en poco corresponderá a su modo de vida» (Salas y Vaca, 1920: 11). El autor admitía la predisposición, también presente en otras obras degeneracionistas, y la posibilidad de influencia de factores como la ausencia de la figura paterna o la influencia educadora de la débil voluntad materna. El autor apuntó numerosos medios de prevención, que agrupó bajo el nombre de *higiene integral,* que incluían la educación, la alimentación sana y el trabajo constante y moralizador alejado de los vicios. Además, al final de la monografía dedicó un capítulo a exponer los procedimientos encaminados a modificar mentalmente a los degenerados y a prevenir sus «actos morbosos», entre los que incluía la escuela-modelo como primera opción, el reformatorio, cuando la enseñanza y educación han sido insuficientes para adaptarlos al medio y, solo en último término, el manicomio-asilo modelo.

En cualquier caso la degeneración no era, para Salas, una enfermedad en sí misma sino una desviación de tipo ordinario y corriente, que Bo-

nafonte había denominado como «ser anormal» (Bonafonte, 1900: 10). Los sujetos predispuestos mostrarían, en ocasiones y sin ser exclusivo de ellos, trastornos abúlicos como las obsesiones o las fobias (Salas y Vaca, 1920: 25–27). En un grado mayor de alteración de la conciencia situaba el psiquiatra andaluz las impulsiones de los degenerados, entre las que destacaba la impulsión motriz del epiléptico, la cleptomanía, la piromanía, la dipsomanía, la morfinomanía, el suicidio y el homicidio. Se han registrado en las historias clínicas algunas de estas impulsiones: dos diagnósticos de morfinomanía —solo uno de ellos asociado a degeneración—, un degenerado dipsómano con alcoholismo y tan solo un suicidio. En relación al suicidio se podría destacar que Salas lo consideraba familiar y hereditario anotando que «el suicida siempre es un degenerado» (Salas y Vaca, 1920: 31-32). A pesar de dicha afirmación, en 1924 no se ha hallado ningún estigma degenerativo en el varón diagnosticado de demencia paranoide dado de alta por suicidio.[16] El autor incluyó, asimismo, en los trastornos propios de los degenerados algunos otros estados psicopáticos o psiconeurosis, como las psiconeurosis de guerra, pero, sin duda, para Salas las locuras sistematizadas fueron, por excelencia, los cuadros típicos de los degenerados.

En general, para la descripción de las diferentes variedades delirantes cita la bibliografía francesa, haciendo alusión a las fases evolutivas del delirio descritas por Jean-Pierre Falret (1794–1870) y al delirio de persecución (perseguidos perseguidores) definido por su discípulo Charles E. Lasègue (1816–1883). Salas describió los delirios persecutorios crónicos de Valentin Magnan (1835–1916)[17], que dividía en perseguidos (espiados, robados, arruinados, familiares, celosos y eróticos) y perseguidores (ambiciosos, inventores, eróticos y celosos, místicos y políticos) (Salas y Vaca, 1920: 53–58). Si bien los también franceses de la siguiente generación como Paul Serieux (1864–1967) y Joseph Capgras (1873–1950), que definieron el delirio de interpretación y de reivindicación, ocuparon un

16 Archivo Historias Clínicas I. P. S. S. M. José Germain (siglo xx), historia nº (XX) 715.

17 Valentin Magnan, al definir el *délire chronique à evolution systématique*, utilizó un criterio evolutivo que sustituyó el criterio temático con el que Lasègue había definido el *délire de persécutions,* en 1852. C. E. Lasègue había sido alumno de J. P Falret y médico de la Préfecture de Police de París. Sobre el tema se puede consultar Álvarez, José María; Esteban, Ramón; Sauvagnat, François (2004) *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid: Editorial Síntesis, pp. 80-81.

lugar destacado en el libro de Salas[18], el autor conocía y citó además la obra de Emil Kraeppelin (1856–1926) (Salas y Vaca, 1920: 50). En las historias clínicas, ya en 1911 al comienzo de su ejercicio, utilizó el concepto de *paranoia*, que, en algunas ocasiones, lo asoció o intercambió con el de delirio de interpretación.

Debemos decir que no se van enumerar todos los diagnósticos asociados con la degeneración que aparecen en las 415 historias clínicas revisadas, a pesar de ser interesantes algunas observaciones para valorar la repercusión de la teoría en la atención clínica de Salas y Vaca. La terminología relacionada con el degeneracionismo apareció en una treintena de pacientes, número nada despreciable si se tiene en cuenta que previa y posteriormente a esta época ese diagnóstico fue prácticamente inexistente (Mollejo, 2011). El director de Leganés asociaba la degeneración frecuentemente con diferentes síndromes delirantes —delirio sistematizado progresivo, delirio de persecución y síndrome paranoide de interpretación—, demencia precoz, dromomanía impulsiva; también registra casos de degeneración mental o síndrome degenerativo no asociados a ninguna otra patología y en pacientes sin implicaciones legales asociadas. En las historias de Salas se aprecian otras denominaciones como degeneración congénita, psicosis degenerativa, psicosis razonadora degenerativa (locura moral), alcoholismo con fondo degenerativo, psicopatía degenerativa o demencia degenerativa o el ya citado degenerado dipsómano. Ni siquiera la esquizofrenia, un diagnóstico de aparición más tardía en las historias, se apartó de dicha calificación ya que en 1922 un varón de 17 años que había ingresado en febrero de 1916 por demencia precoz fue reevaluado como una esquizofrenia degenerativa.[19]

Algunos de estos casos clínicos sirvieron para ilustrar la teoría y la psicopatología que Salas reprodujo en *Degenerados en sociedad*, trans-

18 Estas categorías diagnósticas se construyeron en el llamado «segundo clasicismo», tal como se recoge en Colina, Francisco; Álvarez, José María (1994) *El delirio en la clínica francesa*. Madrid: Dorsa, p. 37. Se puede, además consultar la reciente traducción de *Les folies raissonantes* (1909) editada por Álvarez, José María; Colina, Fernando; Esteban, Ramón (2007) *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación de Paul Serieux y Joseph Capgras*, Madrid: Biblioteca del Pisuerga, Ergon, así como el extracto del texto reproducido en el Volumen IX de la revista *Frenia*.

19 Historia clínica número (XX) 447 del Archivo de historias clínicas del I. P. S. S. M. José Germain.

cribiendo de forma literal los escritos o cartas de los pacientes —algunas de gran extensión—.[20] A su vez en las historias clínicas de la institución se han encontrado notas manuscritas del médico que corresponden al borrador de alguna de las partes de la obra, como el caso de un varón de 25 años, procedente de la cárcel, diagnosticado de «Síndrome paranoide de interpretación. Degenerado perseguido perseguidor celoso. Delirio sistematizado de interpretación». El caso de este celoso parricida utiliza en el libro de Salas como ejemplo de psicosis sistematizada crónica o delirio de interpretación de Serieux y Capgras en el que se constatan estigmas físicos, aunque el autor no los describió ni en la historia clínica, ni en el texto publicado[21]. Precisamente estos estigmas habían sido utilizados, en ocasiones, como argumento en los tribunales para determinar la locura de los penados y justificar un ingreso psiquiátrico como el caso del cura Galeote, acusado de asesinar al obispo de Madrid-Alcalá el 18 de abril de 1886, en cuyo polémico juicio intervinieron Jaime Vera (1859–1918), Luis Simarro (1851–1921) y Escuder.[22] Tanto Simarro como Escuder sostuvieron que el paciente presentaba una enfermedad mental degenerativa, mientras que Jaime Vera describió un componente impulsivo y un componente delirante, combinación de los cuales era un diagnóstico de «delirio de grandezas en incubación y un delirio de persecución» (Campos, 2003: 145). Influidos por estos diagnósticos o por el informe de la Real Academia de Medicina, la cuestión es que Cayetano Galeote Cotilla se declaró irresponsable e ingresó en Leganés el 15 de marzo de 1888. Desconocemos el diagnóstico de entrada ya que la historia clínica no se halla en el Archivo porque, probablemente como ha ocurrido en muchas instituciones públicas, el propio personal falto de ética las esquilmó. No obstante, sabemos

20 En la historia clínica número 308 del Archivo de Leganés hay una extensa carta dirigida al médico Ignacio del Mazo en la que, en 30 páginas, un comerciante de 50 años diagnosticado con «psicosis sistematizada progresiva forma delirante de persecución y grandezas» describía su delirio.

21 En la historia clínica número 443 del Archivo de Leganés se puede apreciar la historia y foto de este varón de 25 años, que ingresa el 19 de enero de 1916 en clase pensionista 2ª., por orden gubernativa/judicial y procedente de la cárcel.

22 Varela, Julia; Álvarez-Uría, Fernando (eds.) (1979) *El cura Galeote, asesino del obispo de Madrid-Alcalá. Proceso médico-legal, reconstruido y presentado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría, Madrid, La Piqueta.* En este libro se pueden leer las intervenciones de los tres psiquiatras y, especialmente la de Escuder, una minuciosa descripción física del cráneo, de la cara, de la frente, de los labios…

que Salas, años después de su ingreso, examinó al paciente declarándolo *degenerado perseguido perseguidor reivindicador de tipo reformador místico*. El paciente permaneció allí ingresado, salvo alguna fuga, hasta su fallecimiento en 1922, lo que permitió que el mentalista andaluz transcribiera una carta del sacerdote dirigida al Papa León XIII, con fecha de 4 de julio de 1887, en *Degenerados en sociedad* (Salas y Vaca, 1920: 116–120).

En general, Salas consideraba imprescindible someter al degenerado a un estudio detenido y se mostraba contrario a que las acciones de los locos pudiesen considerarse siempre un delito. Aún así, afirmaba que la responsabilidad había que valorarla individualmente «no dejándose influir por el socorrido juicio de locura moral, que manda al manicomio sujetos más tributarios del Reformatorio penal» (Salas y Vaca, 1920: 139) y defendió una reforma del derecho penal. Esta petición de Salas no fue aislada ya quedurante las últimas décadas del siglo xix y las primeras del xx se realizaron varias propuestas de reforma del Código Penal que se materializaron en un nuevo Código a finales de 1928.[23]

Conclusión

Aunque José Salas y Vaca no es una figura de primer orden en la emergente psiquiatría española de las primeras décadas del siglo xx, presenta una obra desconocida hasta el momento susceptible de explorar. Entre esta hay que destacar *Degenerados en sociedad*, publicada a partir de 1916 en la revista *Medicina Social Española* y, posteriormente como monografía en 1920. La utilización del material clínico de las historias clínicas del Archivo Histórico de la propia Institución se puede rastrear en su obra y es uno de los datos diferenciales en este médico respecto a otros clínicos del Manicomio Nacional. El número de diagnósticos asociados a la degeneración encontrados en las historias revisadas del período en el que Salas trabajó en la institución es significativamente alto si se compara con la época previa y la posterior, durante las que el diagnóstico fue prácticamente inexistente. Así pues, se considera a Salas y Vaca un ejemplo de la aplicación que la teoría de la degeneración tuvo en la práctica médica de las instituciones españolas, ya que su introducción había sido hasta ahora estudiada, fundamentalmente, en relación a los peritajes legales de algunos penados.

23 *Código Penal* (1929), Madrid, Góngora.

Fuentes

Archivo Historias Clínicas I. P. S. S. M. José Germain (siglo xx), historias (XX) 310-(XX) 725.

Expediente del Colegio de Médicos de José Salas y Vaca.

Bonafonte Nogués, Mateo (1900) *Degeneración y locura.* Zaragoza, Tipografía de Manuel Ventura.

Código Penal (1929) Madrid, Góngora.

Fernández Sanz, E. (1903) «Alcoholofilia». *Correspondencia. Médica*, 38, 2-3.

Gazeta de Madrid (15 de mayo de 1885).

Gazeta de Madrid (21 de mayo de 1885).

Gaceta de Madrid (15 de abril de 1898).

Gazeta de Madrid (21 de noviembre de 1921).

Gazeta de Madrid (24 de junio 1924).

Gazeta de Madrid (15 de mayo 1925).

Gazeta de Madrid (21 de enero 1927).

Gazeta de Madrid (7 de diciembre de 1929).

Juarros y Ortega, C. (1914) «Un caso de veronalismo agudo». *Siglo Médico,* 14, 61, 50-51.

Ots y Esquerdo, V. (1897) *Neurosis y degeneración.* Madrid: Administración de la Revista de Medicina y Cirugía.

Pérez de Guzmán y Gallo, J. (1911) *Sor Teresa Viver y Candell. Superiora de las Hijas de la Caridad.* Madrid: Imprenta de Fortanet.

«Reglamento Orgánico para el Régimen y gobierno interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés», *Gaceta de Madrid, 15 de mayo 1885.*

Rodríguez Lafora, G. (1916) «Los manicomios españoles». *España*, 90, 8–10.

Sanfeliú, J. (1908) «El veronal en el insomnio». *Archivo Terapéutica de enfermedades nerviosas y mentales*, 6(33), 76–78.

Salas y Vaca, J. (1901) *Contribución al estudio de la parálisis facial.* Montilla: Imprenta M de Sola Torices.

— (1902) «Alcoholofobia». Al Dr. D. E. Fernández Sanz. *Correspondencia. Médica*, 37, 544–546.

— (1903) *Trofo-neurosis facial.* Madrid: Establecimiento Tipográfico de Ángel B. Velasco.

— (1903) «La neurastenia, sus causas y tratamiento». *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 60, 361–370; 401–413; 441–459.

— (1905) «Consideraciones sobre un caso de psicopatía sifilítica». *Revista Especialidades Médicas.,* 8, 201–207.
— (1906) «Las neurosis sintomáticas». *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 71 (933): 321–332; 71(934): 361–373; 71(935): 401–417; 71(936): 441–456.
— (1906) «Psiconeurosis consecutivas al atentado del 31 de mayo último». *Siglo médico*, 53, 450-451.
— (1911) «Psicosis epilépticas». *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 93, (1996): 289–299.
— (1913) «Psicosis histéricas y coreicas». *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 129-136; 169–175.
— (1920) *Degenerados en sociedad*. Madrid: Imprenta y librería de Nicolás Moya.
— (1922) «Paranoicos familiares». *El Siglo Médico*, 69, 176–178.
— (1924) *Frenocomios españoles. Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados.* Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos.
— (1929) *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*. Madrid: Establecimiento tipográfico Artes Gráficas.
Viota y Soliva, E. (1896) *Memoria histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de A. Barrial.

Bibliografía secundaria

Albarracín Teulón, A. (2000) *Historia del Colegio de Médicos 100 años: 1898–1998* Madrid: ICOMEM.
Álvarez, R. (1988) «Origen y desarrollo de la eugenesia en España». En Sánchez Ron, J. M. (1988), *Ciencia y Sociedad en España: De la Ilustración a la guerra civil*, Madrid: Ediciones El arquero, 179–204.
Álvarez, J. M.; Esteban, R.; Sauvagnat, F. (2004) *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Editorial Síntesis.
Álvarez, J. M.; Colina, F.; Esteban, R. (2007) (eds.) *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación de Paul Serieux y Joseph Capgras*. Madrid: Biblioteca del Pisuerga, Ergon.
Campos Marín, R. (1997) *Alcoholismo, Medicina y sociedad en España (1876–1923).* Madrid: CSIC.
Campos, R. (2003), «Criminalidad y locura: el cura Galeote». *Frenia*, 3(2).

Campos, R.; Martínez-Pérez, J.; Huertas, R. (2000) *Los ilegales de la naturaleza.* Madrid: CSIC.

Candela, R.; Villasante, O. (2011) «Las historias clínicas en el manicomio de Leganés (1924–1931): Enrique Fernández Sanz y la nosología kraepeliniana». En Martínez Azumendi, Ó.; Sagasti Legarda, Nekane; Villasante, Olga, *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid: AEN, pp. 201–220.

Colina, F.; Alvarez, J. M. (1994) *El delirio en la clínica francesa.* Colección clásicos de la psiquiatría. Ed: Dorsa.

García Cantalapiedra, M.ª J. (1992) *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489–1975)*, Valladolid, Diputación de Valladolid.

Gazeta de Madrid, 4 de abril de 1903, p. 64.

Huertas, R. (1987) *Locura y degeneración.* Madrid: CSIC.

Lázaro, J. (1997) «La significación de Archivos de Neurobiología en la psiquiatría española de 1936», *Archivos de Neurobiología* 1997; Supl. 1: V–XIX.

Mollejo, E. (2011) *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*. Madrid: ICOMEM.

Moro, A., Villasante, O. (2001) «La etapa de Luis Simarro en Leganés». *Frenia,* 1(1), 97–119.

Muñoz, S. (2007) «El psicofármaco en el período contemporáneo». En López-Muñoz, F.; Álamo, C. (Dir.), *Historia de la Psicofarmacología,* BA-Bogotá-Caracas-Madrid-México-SP: Editorial Médica Panamericana.

Peset, J. L. (1995) «El Manicomio Modelo en España». En V.V.A.A. *Un siglo de psiquiatría en España.* Madrid: Extraeditorial.

Postel, J.; Quétel, C., (1987) *Historia de la psiquiatría,* México: Fondo de Cultura Económica.

Valenciano Gayá, L. (1977) *El Doctor Lafora y su época*. Madrid: Ediciones Morata.

Varela, J.; Álvarez-Uría, F. (eds.) (1979) *El cura Galeote, asesino del obispo de Madrid-Alcalá. Proceso médico-legal, reconstruido y presentado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría,* Madrid, La Piqueta.

Villasante, O. (2003) «The unfullfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851–1900)». *History of Psychiatry*, 14 (1), 3–23.

— (2004) «La malarioterapia, ¿un tratamiento revolucionario?». *El Médico* 919, 68–76.

— (2008) «Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851–1900): El discurrir diario del paciente decimonónico». *Frenia,* 8, 33–68.

SEGUNDA PARTE:
CULTURAS

4. EL BENEKUÁ: LA CURACIÓN DE LA LOQUERA ENTRE LOS INDÍGENAS EMBERA CHAMI DE COLOMBIA[1]

Samuel Asdrúbal Avila
Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia
sa.avila43@uniandes.edu.co

Introducción

En un mundo donde la naturaleza no se crea sino que se destruye (Latour, 2007), las etnoecologías han buscado revalorizar los sistemas de conocimiento y de manejo ambiental que han tenido las comunidades indígenas —mestizas, negras y blancas— y observar de qué modo ciertas prácticas les han permitido establecer a lo largo de los siglos una relación con la naturaleza que, en algunos casos, les ha ayudado en su aprovechamiento, en su conservación y en el cuidado de la salud humana (Mignolo, 2005; Escobar, 2000; Chakrabarty, 2000; Ramos, 2000; Milton, 1996; Agrawal, 1995; Comaroff y Comaroff, 1991). En esa misma vía este artículo propone que la curación de la *loquera* entre los indígenas Embera Chamí de Colombia no solo es la expresión de un modo de conocimiento donde lo humano y lo sobrenatural no están separados (Ingold, 2000; Escobar, 2000; Lenhardt, 1997; Descola, 1989; Evans Pritchard, 1976; Durkheim y Mauss, 1969), sino que también permite indagar alrededor

1 Este texto está basado en la ponencia «El *benekuá* y la curación de la *loquera*» presentada en el I Coloquio del Seminario Interdisciplinario en Salud Mental: los tratamientos de la locura a lo largo de la historia, realizado en la Universidad Autónoma de Ciudad de México del 29 de septiembre al 1 de octubre de 2010. El ritual que se narra en este artículo fue presenciado por el autor en abril de 1996, quien estuvo presente cuando ocurrió el ataque de *loquera* en el Internado Indígena de Purembara (que contaba con 155 estudiantes en la educación básica primaria y secundaria, y 10 profesores), ubicado en una zona montañosa y selvática del occidente de Colombia. Los posteriores análisis sobre el relato están fundamentados en las entrevistas que mantuvo con médicos tradicionales, profesores y estudiantes, hombres y mujeres Embera Chamí, en 1996 y 1997, y en 2009 y 2010 cuando retomó el tema en el marco de los estudios doctorales en antropología. (Las palabras en cursiva corresponden a la «variación chamí de la lengua embera» (Aguirre, 1998: 13), hablada por unos doce mil individuos).

de un campo no explorado del pensamiento indígena embera: la conciencia. El restablecimiento de la misma a través de la ceremonia del *benekuá*, cuando ha ocurrido el mal de *loquera*, abre el camino para explorar el significado de *ser* y *conocer* en la cultura embera, y en ese sentido ir mas allá de la clásica definición de conciencia *como saber que se pertenece a*, o *como ética para actuar dentro de un grupo*, que ha estado ligada a las reflexiones sobre la identidad de estos pueblos.[2]

2 Cuando se revisa la literatura sobre emberas en Colombia se observa que el término «conciencia» aparece de manera frecuente en el sentido de «saber que se pertenece a» (Luna, 2009; Losonczy, 2006; Jaramillo, 2006; Hernández, 1995; Ulloa, 1992; Vasco, 1985, 1981; Zuluaga, 1991; Velez, 1990; Pardo, 1986; 1984; Pinto, 1974; Santa Teresa, 1959). En las ciencias humanas este sentido ha cobrado también relevancia como categoría conceptual desde comienzos del siglo xx en las discusiones sobre la condición humana, aunque durante los siglos anteriores este concepto se había adecuado para su uso en distintas disciplinas, como la teología y el derecho (Klinck, 2006; Turner, 2005; Glacken, 1996). Se hablaba de una mentalidad o conciencia colectiva por medio de la cual las personas compartían tradiciones (Durkheim, 1992); como un lugar donde existen modelos de interpretar la realidad y modelos para la acción sobre la realidad (Levi Strauss, 1994); cómo en la conciencia está implícita una ética que no permite que haya otras maneras de actuar sobre la realidad; hablaba de ella para abrir el camino con el fin de oponerse a la idea de una separación mente-cuerpo y naturaleza-cultura por medio de señalar que existen niveles de conexión entre los objetos para los cuales el lenguaje del conocimiento occidental no es el más adecuado para entenderlos (Bartra, 2007; Ingold, 2000; Ramírez, 1997; Stoller, 1997; Milton, 1996; Bateson, 1993; Geertz, 1990; Descola, 1989). Estos últimos elementos también fueron retomados en el campo de la filosofía de la mente para intentar resolver el asunto de cómo ocurre la comprensión del mundo; de ver, entre otras, la conciencia como un teatro, o la conciencia como un conjunto de sensaciones (Bartra, 2007; Llinás, 2002; Searle, 2000; Clark, 1999; Baars, 1997; Dennet, 1996).

¿Qué es la loquera[3]*?*

En la comunidad indígena Embera *oibida* ('embera de montaña'), o Chamí, en el occidente de Colombia, se habla de la existencia de un espíritu (*jai*) al que llaman la *loquera*, que ataca esporádicamente y desde tiempos míticos la conciencia de sus integrantes, sin importar la edad ni el sexo (Ávila, 1998). Este espíritu quiere llevarse a las personas para el mundo de abajo (*deakadebena*), un espacio bajo el nivel de la cultura humana de seres sin ano, seres que no pueden cagar, que no pueden comer (Ávila, 1998; Pardo, 1986, 1984; Vasco, 1985, 1981), y que por ello envidian a las personas embera. (Es necesario enfatizar que para los embera el mundo de abajo es un espacio muy importante porque allí se esconden los animales que se cazan, y de allí provienen los vegetales, que eran otro tipo de personas no emberas que fueron dominados por los emberas).

Loquera es la traducción al español de la expresión embera *kira adua* (literalmente 'pérdida de rostro'). La *loquera* transforma al indígena en otro ser que de humanidad solo conserva su cuerpo. Durante el ataque,

3 El ataque del espíritu de la *loquera* embera ha sido documentado en Colombia por Tania Roelens y Tomás Bolaños (1997) en *La revolución de los jais*, realizado entre emberas chamí en el Caquetá (sur de Colombia), y el trabajo de Rodrigo Sepúlveda (2008) entre los embera katios del Chocó (zona selvática del occidente de Colombia). Ambos trabajos coinciden en que el ataque del espíritu es una representación de la crisis humanitaria que vive la comunidad embera, conclusión que no resulta satisfactoria porque esos estudios no toman en cuenta que la *loquera* no es un hecho esporádico: ocurre desde tiempos míticos;, ataca indistintamente a hombres, mujeres y niños, y que en otras regiones emberas del país también se presentan (Ávila, 1998).

Hay también otra aproximación que ha descrito este mal en términos psiquiátricos: trastorno de personalidad múltiple, fuga psicógena y amnesia psicógena —hoy fuga disociativa y amnesia disociativa según el DSM IV (2004)—, alucinaciones visuales y auditivas (Escobar y Sánchez, 1996). Existen textos que se ocupan de fenómenos muy semejantes a la *loquera* embera —al menos por la descripción de sus síntomas—, y que son conocidos en diversos lugares del mundo: *berserk* en Escandinavia; *cafard* en Polinesia; *iich' aa* entre los indios navajos; *amok* en Malasia; *latah* o *loaparaika* entre los Abipones de Argentina; *el bla,* entre los Miskitos de Honduras y de Nicaragua; *pibloktock*, conocido como *histeria del ártico*, y *nia-pilator* entre los Cuna de Panamá (Tseng, 2006; Villaseñor, 2004; Broch, 2000; Severi, 1991; Simons y Hughes, 1985; Bishop, 1982). Estos textos han elaborado interpretaciones que apelan por lo general a ver, en esa afección, tanto desórdenes sociales como sufrimientos psíquicos.

que puede durar días o semanas, y puede *afectar*[4] a muchas personas, el enfermo no reconoce a los demás. Siente pánico por el color rojo, los colores brillantes y canta en su lengua: en esos cantos describe el paisaje por donde el espíritu lo lleva —que guarda enormes similitudes con el mito de origen de la *loquera*—, pero también culpa a algún *jaibaná* de la desgracia colectiva.[5] Además, si al afectado no se le vigila durante el tiempo en que sufre el mal, puede matarse al correr hacia la selva; corre porque el espíritu le muestra un camino hermoso, adornado de flores, pero el *enloquecido* no nota que ese camino no existe: avanza por entre la maleza y, en consecuencia, se hace daño.

La curación se realiza a través de un *jaibaná* (médico tradicional o chamán) en la ceremonia de nombre *benekuá* —ritual de la chicha cantada (Ávila, 1998, Vasco, 1985)—, que tiene como objetivo principal atrapar al espíritu agresor.[6] Como las personas y los *jaibanás* explican que el espíritu de la *loquera* es enviado por un *jaibaná*, el segundo objetivo de la ceremonia de curación es investigar, pero no decir públicamente, qué *jaibaná* envió el espíritu.[7] Cuando el ataque concluye los afectados dicen no recordar, y retoman sin problema sus vidas.

4 He empleado la palabra *afecta* en el sentido de impresión que hace una cosa en otra, porque el espíritu que provoca la *loquera* no entra a los cuerpos, solo los toca y permanece cerca de ellos.

5 Los *jaibanás* o chamanes son acusados con frecuencia como causantes de todas las desgracias que les ocurren a las personas, debido a que manejan los espíritus que causan enfermedades, o se les acusa de practicar brujería (Jaramillo, 2006; Avila, 1998; Vasco, 1985).

6 Atribuida por diversos autores como la ceremonia para curar la tierra, olvidando que en la mayoría de los casos se refiere expresamente a la curación de la *loquera* (Vasco, 1985; Santa Teresa, 1959). Debido a que la loquera no había sido descrita antes en la literatura antropológica colombiana, las referencias a ella son escasas y nada recientes, pues generalmente se creía que cuando el indígena hablaba de un mal conocido como *loquera* estaba hablando de una típica enfermedad psiquiátrica, y no que pudiese estar asociada a ella un cuerpo de conocimiento referente a la comprensión de la conciencia en esta comunidad.

7 El territorio de los embera está dividido políticamente en 52 veredas o grandes extensiones rurales en las que viven por lo general varias familias extensas. Una familia extensa está conformada por el abuelo, la abuela, los hijos casados con sus esposas y los hijos e hijas solteros. Y en cada vereda, por lo general, hay un *jaibaná*.

El concepto de jai

He dicho que la *loquera* está provocada por un espíritu, un *jai*, y para los embera el *jai* permite a todas las cosas del universo embera —vivas o muertas— ser como son. *Jai* es traducido como 'espíritu', como 'esencia', como 'alma', pero sobre todo como 'fuerza'. El *jai* le da carácter a cada cosa y la hace ser lo que es. Impregna tanto la cotidianidad embera que resulta sorprendente observar que la mayor parte de la literatura académica no define al espíritu como un elemento de la identidad embera, sino que restringe su participación a las tareas de enfermar y curar, ya que muchos de esos *jais*, en ocasiones enviados por un *jaibaná*, producen enfermedades pero también curan (Luna, 2009; Losonczy, 2006; Jaramillo, 2006; Hernández, 1995; Vargas, 1993; Ulloa, 1992; Vasco, 1993; 1985, 1981; Zuluaga, 1991; Vélez, 1990; Pardo, 1986; 1984; Pinto, 1974; Santa Teresa, 1959).

La muerte de personas y animales hace que existan *jais* sueltos en el mundo, y los *jaibaná*s transmiten su reputación y su influencia sobre la comunidad del dominio de esos espíritus. El proceso de aprendizaje del *jaibanismo* implica, entonces, el proceso de adquirirlos. Hay lugares especiales en la «cordillera»[8] donde el futuro *jaibaná* puede ir a buscar espíritus y convencerlos de que vayan con él; pero esa es solo una forma de adquisición: le es posible también tomarlos cuando los recibe como legado de otro *jaibaná*, o cuando los compra con dinero. Los *jaibaná*s llaman «pueblito» —en español—, o *jaide* —en su lengua—, a este conjunto de espíritus que adquieren; y el «pueblito» —o *jaide*— es una sociedad ordenada que se localiza en el «banco», la pequeña silla de madera en la que el *jaibaná* se sienta durante el ritual. Los «pueblitos» pueden variar de tamaño de acuerdo con el saber y la experiencia del *jaibaná* —saber y experiencia que crecen en la medida en que adquiere más espíritus, más habitantes para el pueblo que gobierna; y dentro de ese «pueblito» habita también el espíritu de la *loquera* (Ávila, 1998; Vasco, 1985).

8 Dentro de la concepción ambiental embera chamí, las «cordilleras» son lugares altos de las montañas, prácticamente inaccesibles, no habitados por humanos. Son utilizados por el jaibaná como por el resto de la comunidad para abastecerse de caza y de plantas medicinales.

La curación de la loquera[9]

Desde que los individuos se vieron afectados por el mal de *loquera*, incluso aquellos que no eran emberas sintieron que debían actuar desde sus respectivos saberes: la enfermera mestiza confiaba en las inyecciones de *valium,* Y un sacerdote católico confiaba en las oraciones de exorcismo: mandó traer agua, la llevó a la capilla y allí la bendijo para luego, con el aspersor, distribuirla entre los que esperaban ser curados, diciendo a su vez las palabras del conjuro. No obstante, como ya se había reconocido que la afección era *loquera*, se sabía que la solución pasaba por la realización de un *benekuá*. Debido a que esta ceremonia requiere de varios días de preparación, algunos *jaibanás* familiarizados con los afectados realizaban en las noches sus cantos de *jai*[10] ante los/las afectados/as, con el objetivo de que pudiesen descansar y dormir. Sin embargo, concluidas las horas de reposo, las crisis —cuando el afectado intentaba soltarse de quienes le cuidaban— volvían a suceder regularmente.

El *benekuá* es una ceremonia especial porque no se realiza a menudo, y es diferente a los cantos que con mayor frecuencia se ejecutan con el fin de curar otro tipo de enfermedades. El *benekua* es también una ceremonia especial en el sentido de que encarna una mayor acumulación de «fuerza» porque intervienen una mayor cantidad de elementos rituales y espíritus, y participan un gran número de personas, acorde con el enemigo al cual se enfrentan. Por ello se requiere que la ceremonia la dirija un *jaibaná* «mayor» —mayor por la edad, por la experiencia, por el saber—.

El *jaibaná* se encarga de la operación ritual. Él dice a quiénes se debe invitar, ya que los invitados deben estar en buenas relaciones. Los que van llegando se dirigen a cumplir diferentes tareas relacionadas con la consecución de elementos para la ceremonia. El *jaibaná* ordena cómo se debe disponer el lugar donde se va a realizar el evento. El lugar es «arreglado» por las mujeres con el fin de dar seguridad a los humanos: en este contex-

9 Este relato etnográfico es una adaptación del que aparece en el texto *La loquera. El parpadeante velo de la naturaleza chamí. La huella de los espíritus* (Ávila, 1998). El *jaibaná* que dirigió el ritual fue Mario Restrepo, fallecido en 2006.

10 Las ceremonias de curación oficiadas por los *jaibanás* son llamadas cantos de *jai*. Dentro de la estructura de la ceremonia, el canto es la parte en la que el *jaibaná* entra a combatir al espíritu que provoca el malestar. Durante el canto el *jaibaná* puede narrar mitos o historias autobiográficas, pero sobre todo dialogar y discutir con los espíritus propios y los rivales.

to, «arreglar» significa desocupar el sitio, limpiarlo y decorar las paredes y el techo con diversas plantas y flores a las que se les atribuyen poderes mágicos; significa crear un escenario aún más humano porque se acude a la naturaleza para convertir el espacio humano de la casa (*el tambo*) en un lugar visible para el espíritu al que está afectando, un espacio del cual ya no podrá salir, si es que intenta escapar.

El *jaibaná* ordena que se suspendan los juegos por parte de los jóvenes y los niños, y cita para una reunión a los hombres con el fin de dar consejos y recomendaciones. Dice que es necesaria mucha tranquilidad puesto que se va a realizar una ceremonia importante y esta requiere respeto. Dice que los occidentales no pueden curar algunos males como la *loquera*; que en cambio él sí, que le tengan confianza. Con la intención de dejar en claro que no esperen que diga quién es el causante del mal, comenta cómo cuando estaba aprendiendo el oficio, los «mayores» (los *jaibanás* antiguos) le enseñaron que nunca debía inventar o meter en problemas a otro médico; que nunca debía decir quién había hecho maleficio; que la tarea del *jaibaná* consiste en atrapar los espíritus malos y encerrarlos en el monte. Con respecto a la ceremonia, recalca que se necesita que la comunidad (estudiantes, profesores, padres de familia) esté presente para que así haya mayor fuerza, y esa fuerza se consigue si todos le «colocan fe». Advierte que es mejor que no se emborrachen, que esta no es una fiesta como un matrimonio, de manera que se puede tomar licor pero «medidito». Acto seguido toca el tambor, y en compañía de dos guitarristas interpreta varias canciones en lengua embera. Al finalizar la reunión recorre las instalaciones del internado (los salones, el centro de salud, los alojamientos, las casas vecinas, la marranera, la iglesia) y salpica con agua de albahaca (*ocimum basilicum)* el interior de cada una de estas construcciones al tiempo que dice: «sal de ahí, espíritu malo; sal, sal». Quiere hacer salir al espíritu si es que está escondido en uno de esos lugares, o que no pueda esconderse en ellos por efecto del agua.[11] En ese trabajo invierte dos horas y en las viviendas que visita recomienda que los canastos los coloquen boca abajo.[12] Les dice que estén atentos, que

11 «Es como cuando hay humo en una casa y a las personas les toca salir», explicaba el *jaibaná* Mario Restrepo. Es la fuerza del agua lo que impide que el espíritu entre —si desea esconderse— y que logra que este salga —si se encuentra escondido—. Llama la atención porque dentro de las defensas contra la *loquera* ésta es la única que permite tal tipo de efecto (Ávila, 1998).

12 Decía el *jaibaná* Mario Restrepo que era para que el espíritu no pudiera meterse en ellos, pues, como todo el que se esconde, prefiere los rincones y los espacios cubiertos (Ávila,

si observan algo raro que lo avisen. Luego de esta acción, que termina sobre las cinco de la tarde, el *jaibaná* va a recostarse al dormitorio de los profesores para recordar a sus maestros *jaibanás* y solicitarles ayuda y consejo; les habla a sus espíritus para explicarles cuál es la labor que se disponen a cumplir, y así pactar con ellos el modo en que se van a organizar. Antes de las siete p.m. se ha despojado de su sombrero, de sus ropas y de sus zapatos. Se coloca un pantalón limpio; pinta con jagua (*Genipa americana L.*) dos líneas rojas bajo los ojos y bajo su pecho; dispone varios collares en su cuello y acomoda en su cabeza una corona hecha en tela, con pompones rojos y azules. No olvida el bastón de mando (con el que controla a los espíritus) y el banco (la silla donde habitan sus espíritus), y se dirige al dormitorio donde se encuentran los afectados, tendidos en colchonetas, y los asistentes que copan el lugar.

El *jaibaná* da inicio al *benekuá* haciendo idénticas recomendaciones a las de la reunión de la tarde. Lanza bromas a los/las *enloquecidos/as*, y durante el transcurso de la ceremonia ellos/as permanecen tranquilos/as. Una vez que el jaibaná comienza la ceremonia, el espíritu de la *loquera* avisa a su *jaibaná dueño*: le informa de las características de aquel que cura, de cómo dispone el lugar y los poderes a los que echa mano. Le informa para que esté despierto, porque el espíritu dará la voz de alerta cuando su propia resistencia disminuya, y su encarcelamiento[13], por parte del médico que oficia el *benekuá*, sea inminente.

El *jaibaná*, a medida que la ceremonia transcurre, se muestra satisfecho: comunica a los asistentes que va a atrapar al espíritu, que ya lo tiene debilitado, y las personas responden con nuevos gritos para darle ánimo. Finalmente el *jaibaná* atrapa al espíritu. Cuando lo comunica hay gritos de alegría y aplausos, pero estos no los da ninguno de los afectados. Él no dice —y no se sabe si lo supo— quién envió el mal, pero advierte que el

1998).

13 He dicho que el espíritu de la loquera se comunica con el *jaibaná* que lo ha enviado. Los sabios emberas explican que parte del pensamiento del *jaibaná* no se ha desprendido del espíritu porque el espíritu le pertenece y de ese modo el *jaibaná* dueño del espíritu conoce las incidencias de la ceremonia. Asimismo, un *jaibaná* captura un espíritu con ayuda de sus propios espíritus, pero también con la comida y con el licor que hay en la ceremonia. Además, los cantos y las oraciones están dirigidas al espíritu enemigo para convencerlo de que abandone su «pueblito» de origen y pase a pertenecer al «pueblito» del *jaibaná* que oficia la ceremonia. Pero los cantos y oraciones también están enfocados a que los *jais* de los afectados regresen a sus cuerpos.

internado está *saneado*[14] (curado). Así que luego de danzar alrededor de los enfermos —él, las mujeres y los demás integrantes de la comunidad—, se reparte la comida para dar comienzo a la fiesta.

Explicación embera del poder del benekuá[15]

El poder del benekuá está en toda la fuerza que se reúne. Hay fuerza porque hay personas y toda la gente quiere que el *jaibaná* cure. Los jais de los participantes se unen a los espíritus del *jaibaná*. Todas las voces, la confianza que le brindan, hacen que el *jaibaná* se sienta fuerte y con él sus espíritus. Hay fuerza si hay comida y buen trago, porque, como en «antigua»[16], hay chicha, y al ser la chicha bebida de antiguos, entonces tomarla es tomar fuerza de los antiguos. La comida sirve para alimentar a los espíritus y de esta manera ellos trabajan con más ánimo. Hay fuerza también porque hay mujeres ayudantes, y las mujeres le gustan al espíritu de la *loquera*, que se siente atraído por ellas.[17] Pero cuando el espíritu ve a todas las mujeres *embijadas* (con el rostro pintado), cree que ellas son mujeres *jaibanás*, así que al espíritu le da miedo y resulta más fácil atraparlo. Hay fuerza también por el decorado: las «campanas» de flores y los ramos que se encuentran en el techo forman un camino invertido (que alude al camino que conecta con el mundo de abajo y que los afectados recorren guiados por el espíritu), un camino en el aire que simbólicamente contribuye a «cerrar»[18] el espacio físico en donde se está realizando la

14 En el libro *Jaibanás los verdaderos hombres* (Vasco, 1985) se cuenta acerca de un *benekuá* presenciado por el autor en 1976, celebrado por el *jaibaná* Clemente Nengarabe «para curar nietecito, hijo de Darío que va a morir». Los adornos y la ceremonia en general son similares al realizado por Mario veinte años después. Es de resaltar que allí se incluye la traducción al español del canto, y que en uno de sus apartes el *jaibaná* dice: «Pobre Magdalena, pobre mujer. ¡Ay, hombre! Como enloquecida, con un maleficio».

15 Las siguientes explicaciones son de los *jaibaná*s Mario Restrepo, Dario Nengarabe y de Misael Nengarabe, que no es *jaibaná* pero es considerado la «memoria viva» de la comunidad.

16 Así se refieren los emberas a la época de sus antepasados.

17 Otra de las razones por las cuales la gente del mundo de abajo le tiene envidia a los humanos es por las mujeres emberas, a las que consideran bonitas.

18 El poder de «cerrar» un espacio físico o el poder de «cerrar un cuerpo» para que los espíritus no afecten al espacio físico o al cuerpo es una de las capacidades que tienen los *jaibanás*, y parte de la reputación de un *jaibaná* tiene que ver con ello. Lo consiguen a través de oraciones, de amuletos y de bebidas de aguas medicinales.

ceremonia al reunir también a los humanos embera y a la comida embera. La ceremonia es, pues, una gran trampa para el espíritu (Ávila, 1998), y más allá de la eficacia simbólica y terapéutica que tiene el ritual (Nathan, 1999; Turner, 1980; Levi Strauss, 1968) el canto del jaibaná ha buscado que los afectados recuperen su tiempo y espacio, que vuelvan a tener conciencia de dónde están y quiénes son, que recuperen su jai, su ser embera, porque ello es lo que han transitoriamente perdido, y lo han perdido porque el jai de la persona durante el ataque de loquera, decía un jaibaná, está «un poco» fuera del afectado y el cuerpo está corriendo detrás de él: «el jai se sale primero, como que se corre».[19]

El momento del benekuá, la noche, está también lleno de significado. La noche es entendida como un lapso en que las puertas de comunicación entre los distintos mundos, el de arriba —emberas— y el de abajo —no emberas— están abiertas. La noche es el momento del pensamiento y de la *fijación* del pensamiento (el proceso de formación de un *jaibaná* ocurre durante la noche: el aprendiz escucha, memoriza, *acude* a los espacios de las historias que le cuentan sobre los espíritus que le están entregando, y esta posibilidad de trasportarse a esos espacios la brinda el *viche*, el licor que usan los *jaibanás* para alcanzar el éxtasis). Así, cuando se habla de que en la noche se *fija* el pensamiento, quiere decir que lo que se escucha y lo que se aprende pasa a *ser* del individuo o de los individuos. Por eso se dice que los espíritus viven en el *jaibaná*, pero cuando examinas de qué manera estos espíritus viven en él, se descubre que el *jaibaná* es dueño de ese espíritu cuando conoce sus historias, y esas historias —mitos— pueden referirse a espacios-tiempos humanos y no humanos. De esta forma, saber y conocer, para los médicos tradicionales emberas, están íntimamente relacionados.[20]

---

19 Entrevista con Darío Nengarabe, 1996.

20 Lo aquí narrado recuerda lo descrito por Maurice Lenhardt en *Do Kamo. La persona y el mito en el mundo Melanesio* (1997): allí, el indígena no distingue entre el mundo psíquico y el mundo exterior, en el sentido de que la persona vive en el mito a través de la manera en que se asume y se describe en las historias de las que participa a diario, porque interactúa con espacios y personajes que a su vez, simbólicamente, pueden aludir a escenarios y personajes míticos. En la *loquera*, el individuo afectado recorre un camino que es el del mito de origen de la *loquera*. La inmersión del *jai* del afectado en el mito implica una trasformación de la conciencia, del *jai* del individuo. Por ello, entre los embera, el contacto con el mundo del mito es también cotidiano: se realiza a través de los espíritus, si se tiene en cuenta que ellos llevan las historias de los seres y los espacios por donde han transitado.

Cuando diversos autores (Singer y Baer, 2007; Horwitz, 2002; Strathern y Stewart, 1999) plantean que el objeto de la Antropología médica es describir y analizar cómo intervienen las relaciones sociales y las fuerzas socioculturales en la configuración de la enfermedad y del sufrimiento, estas relaciones sociales, al menos para el caso del embera, no están limitadas a los seres humanos, sino que también incumben a los espíritus, a las relaciones entre humanos y espíritus, y a las relaciones entre ambos, y no se restringen al plano físico-temporal de la cultura embera actual.[21] El proceso ritual en un caso como el de la *loquera* hace hincapié en ello cuando sitúa el espacio ritual en una zona «mágica» porque al reunir a la comunidad dentro de este espacio, y decorarlo como un escenario de otro mundo (un paisaje que suplanta el paisaje que el espíritu de la *loquera* le muestra a los afectados) indica el carácter multiespacial y multitemporal de quienes participan del proceso curativo. El modo en que se cerca el lugar, el hecho de que se diga que la ceremonia también cura la tierra que ha contaminado el espíritu, habla de que si ante los ojos del afectado ese espacio se había transformado, la curación de la tierra implica devolverle la forma ante los ojos del mismo. La manera en que se cura la *loquera*, al intentar restablecer la conciencia del ser humano, al devolver o resituar el *jai* del afectado a este tiempo y espacio embera, habla de cómo se concibe la conciencia en estas comunidades. Cuando el ser humano es atacado por el espíritu de la loquera y pierde la conciencia, es porque su *jai* (su espíritu) se ha visto afectado, se ha salido un poco y el cuerpo humano al que le pertenece ese *jai* quiere ir con él. Lo que se nos sugiere es que el cuerpo humano para el *jai* es solo una estación dentro de su historia. En ese sentido, el *jai* del ser humano está constituido por la memoria, y el saber que ese *jai* acumula sobre el tiempo presente y la memoria, y sobre el pasado en que ese *jai* no ha estado con ese cuerpo humano. Lévi-Strauss (1968) había definido la medicina tradicional indígena como un fenómeno de consensos que constituyen una situación mágica, en donde la eficacia de las prácticas rituales depende de la creencia del propio médico en la eficacia de sus técnicas; de la creencia del enfermo en la eficacia del médico; y de la presión de

21 He dicho relaciones sociales entre espíritus y otros espíritus porque los espíritus son un pueblito dentro del *jaibaná* y están organizados jerárquicamente, y dialogan y pelean entre ellos; he dicho relaciones entre humanos y espíritus porque a través del *jaibaná* los emberas buscan que los espíritus les ayuden en la cacería, en la agricultura, en la política y en el matrimonio.

la comunidad en la que se inscriben esas técnicas. Todos esos elementos aparecen en el proceso de curación de la *loquera*, pero al menos el hecho de que aquí se pugne por restablecer la conciencia de los individuos, y a través de ellos de la comunidad —si se anota que las historias sobre los espíritus pueden ser compartidas y aprendidas por sus integrantes—, y que se consiga, y que se tome en cuenta lo que significa para el *jaibaná* el manejo de los espíritus, el conocimiento que hay allí, tanto en el *jaibaná* como en los espíritus, indica que habría que tener la sospecha de que lo que llamamos «magia» es ausencia de conocimiento de nuestra parte. Hago extensivo aquí el texto de Tobie Nathan, de que «solo las sociedades tradicionales, profundamente ancladas en su universo cultural, logran pensar procedimientos de influencia en toda su complejidad [...] bajo esquemas de pensamiento... de muy difícil traducción en términos de la lógica científica» (1999: 11, 19).

Bibliografía

Agrawal, A. (1995) «Dismantling the Divide Between Indigenous and Scientific Knowledge». En *Development and Change,* 26, 413–439.

Aguirre, D. (1998) *Fundamentos morfosintácticos para una gramática embera.* Bogotá: Universidad de los Andes.

Asociación Psiquiátrica de América Latina (2004). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. Apal. Sección de Diagnóstico y Clasificación.

Avila, S. (1998) *La loquera. El parpadeante velo de la naturaleza chamí. La huella de los espíritus.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sin publicar).

Baars, B. (1997) *In the theater of consciousness: The workspace of the mind.* New York, Oxford, Oxford University Press.

Bartra, R. (2006) *Antropología del cerebro: la conciencia y los sistemas simbólicos*. Valencia, España: Pre-Textos.

Bateson, G. (1998) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Lohlé-Lumen.

Bishop, C. *et alii* (1982) «Windigo Psychosis: The Anatomy of an Emic-Etic Confusion [and Comments and Reply]». En *Current Anthropology*, Vol. 23, No. 4 (Aug., 1982), 385–412.

Broch, H. (2000) «The Villagers' Reaction Towards Craziness: An Indonesian Example». En *Transcultural Psychiatry,* 38(3), 275–305. [PDF]

Cayon, E. y Gutiérrez, I. (1981) *Etnografía de los Embera Chamí de Risaralda*. Popayan, Universidad del Cauca.

Chackrabarty, D. (2000) *Provincializing Europe: Postcolonial Thought and Historical Differencia*. Princeton: Princeton University Press.

Clark, A. (1999) *Estar ahí: cerebro, cuerpo y mundo en la nueva ciencia cognitiva*. Barcelona: Paidós.

Dennet, D. (1996) *Contenido y conciencia*. Barcelona: Gedisa.

Descola, P. (1989) *La selva culta: simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar.* Quito: Ediciones Abya Yala.

Durkheim, E. (1992) *La división del trabajo social*. Madrid: Planeta; Barcelona: Agostini.

— y Mauss, M. (1969) *Primitive classification.* Chicago: University of Chicago.

Escobar, A. (2000) *El Final del Salvaje*. Bogotá: ICANH.

Escobar, U. y Sánchez, M. (1996) *Posesión de espíritus. Un fenómeno de posesión colectiva en la comunidad Indígena Embera Chamí.* Cartagena: Ponencia presentada en el XXXV Congreso de Psiquíatría.

Evans-Pritchard, E. (1976) *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*. Barcelona: Ed. Anagrama.

Geertz, C. (1997) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Glacken, C. (1996) *Huellas en la playa de Rodas: naturaleza y cultura en el pensamiento occidental desde la antigüedad hasta finales del siglo xviii*. Barcelona: Ediciones del Serbal.

Hernández, C. A. (1995) *Ideas y Prácticas Ambientales del pueblo Embera del Chocó*. Bogotá, Colcultura-CEREC.

Horwitz, A. (2002) *Creating Mental Illness.* Chicago: The University of Chicage Press.

Ingold, T. (2000) *The perception of the environment: essays on livelihood, dwelling & skill*. London; New York: Routledge.

Jaramillo, P. (2006) *El jaibaná en la encrucijada: ritual, territorio y política en una población embera*. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.

Klinck, D. (2006) «Lord Nottingham and the Conscience of Equity». En *Journal of the History of Ideas,* 67.1, 123–147.

Latour, B. (2007) *Nunca fuimos modernos: Ensayo de Antropología Simétrica*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.

Lévi-Strauss, C. (1994) *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica.

— (1968) «La eficacia simbólica». En *Antropología estructural I*. Buenos Aires: Eudeba.

Leenhardt, M. (1997) *Do Kamo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Llinás, R. (2002) *El cerebro y el mito del yo: el papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humanos*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Losonczy, A. M. (2006) *Viaje y violencia: la paradoja chamánica emberá*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Luna, J. (2009) *El simbolismo de los contrastes en el mito indígena Emberá*. Bogotá: Universidad de Santo Tomás. Facultad de Filosofía.

Mignolo, W. (2005) *The idea of Latin American*. Malden: Blackwell.

Milton, K. (1996) *Environmentalism and Cultural Theory: Exploring the role of anthropology in environmental discourse*. London and New York: Routledge.

Nathan, T. (1999) *La influencia que cura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica,

Pardo, M. (1986). «La escalera de cristal». En *Maguare* (revista del Departamento de Antropología de la Universidad Nacional de Colombia), 4.

Pardo, M. (1984) *Zroara Nebura (Historias de los antiguos)*. Bogotá: Centro Gaitán.

Pinto, C. (1974) *Los indios Katio I*. Medellín: Granamérica.

Ramírez, M. C. (1997) «El Chamanismo, un campo de articulación de colonizadores y colonizados en la región amazónica colombiana». *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 33 (1996-1997), 165–184.

Ramos, R. (2000) *The commodification of the Indian*. Universidade de Brasília: Departamento de Antropología.

Roelens, T. y Bolaños, T. (1997) «La revolución de los jais». En Uribe, M. V. y Restrepo, E. (eds.) (1997) *Antropología en la modernidad*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología.

Santa Teresa, S. de (1959) *Los indios Katio*. Medellín: Imprenta departamental.

Searle, J. (2000) *El misterio de la conciencia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Sepúlveda, R. (2008) «Vivir las ideas, idear la vida: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los Emberá y Wounaan de Riosucio, Chocó». En: *Antípoda* Nº. 6 (Ene.-Jun.), pp. 245–269. Bogotá: Revista del Departamento de Antropología de la Universidad de los Andes.

Severí, C. (1981) *Nia-igar-kalu, le voyage de nele ukkurwar aux villages de la folie: le traitement chamanique de la foile chez les indiens cuna de San Blas, Panama*. París: IHEAL.

Singer, M. y Baer, H. (2007) *Introducing Medical Anthropology*. AltaMira Press.

Strathern, A. y Stewart, P. (1999) *Curing and Healing*. Carolina Academic Press.

Stoller, P. (1997) *Sensous Scholarship*. Philadelphia: University of Pensylvania Press.

Tseng, W.-S. (2006) «From Peculiar Psychiatric Disorders through Culture-Bound Syndromes to Culture-related Specific Syndroms». En *Transcultural Psychiatry*, 43(4), pp. 554–576. [PDF]

Turner, J. (2005) «Thoreau, Political Action, and the Plea for John Brown». *Political Theory*, Vol. 33, Nº. 4 (Aug.), pp. 448–471.

Turner, V. (1980) *La selva de los símbolos, aspectos del ritual Ndembu.* Madrid: Siglo XXI.

Ulloa, A. (1992) *«Kipara», Dibujo y pintura. Dos formas Embera de representar el mundo.* Bogotá: Universidad Nacional.

Vargas, P. (1993) *Los embera y los cuna. Impacto y reacción ante la ocupación española. Siglos xvi-xviii*. Bogotá, CEREC-ICAN.

Vasco, L. G. (1993) «Los Embera Chamí en guerra contra los cangrejos». En *La Selva Humanizada.* Bogotá: Francois Correa Editor.

— (1985) *Jaibanás los verdaderos hombres*. Bogotá: Banco Popular.

— (1981) *Informe de Trabajo de campo.* Bogotá: Universidad Nacional.

Vélez, L. F. (1990) *Relatos tradicionales de la cultura Katio.* Medellín: Universidad de Antioquía.

Villaseñor, S. (2003) «Los síndromes culturales en América Latina». En *Revista de la Universidad de Guadalajara,* n.º 30 Invierno.

Zuluaga, V. (1991) *Dioses, demonios y brujos en la comunidad Indígena Chamí*. Pereira: Gráficas Olímpica.

5. TÉS, MEDICAMENTOS, GRUPOS DE AUTOAYUDA… TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN Y SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Nayelhi Saavedra y Shoshana Berenzon
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (México)
itandehui.saavedra@gmail.com

Introducción

Las respuestas que diferentes grupos de la población mexicana dan ante el sufrimiento, los problemas o las enfermedades de índole emocional muestran una amplia heterogeneidad y, en correspondencia, existe un importante espectro de servicios y recursos en el cual se proyecta el complejo repertorio cultural que pone en juego la población (Campos, 1990; Lagarriga, 1991; Napolitano, 2003; Olavarría, 2009; Nigenda, 2001; Medina Mora y cols., 2003; Berenzon y Juárez, 2005). Para ofrecer una idea sobre la diversidad de estrategias, presentamos la siguiente situación hipotética.

Una persona que se siente triste y que busca algún tipo de atención puede recurrir a los amigos o la familia para ser escuchado; si también padece insomnio podría prepararse alguna infusión con yerbas; si piensa que la tristeza es resultado de la mala suerte, puede solicitar una limpia a un curandero; si considera que su estado debe ser tratado por un profesionista, puede asistir a una clínica pública y pedir una canalización con un psicólogo… De este modo, con cada recurso se cubre alguna necesidad provocada por la tristeza.

El texto aborda un análisis de las trayectorias que se obtuvieron durante una investigación realizada en la Ciudad de México. Se entrevistaron a hombres y mujeres de diferentes sectores de la población que en algún momento utilizaron diferentes estrategias para tratar un padecimiento emocional. En este trabajo nos hemos propuesto comprender las creencias, necesidades e ideas que los participantes tomaron en cuenta para elegir determinadas estrategias de atención.

Los padecimientos y sus trayectorias

Una de las herramientas teóricas aportadas por la Antropología médica es la distinción entre enfermedad, *disease,* y padecimiento, *illness*. La noción de enfermedad permite abstraer determinados estados del ser humano que interpreta como anormalidades en la estructura y funcionamiento de los órganos y sistemas. Es un objeto privilegiado en la práctica biomédica y generalmente se aprecia como un fenómeno observable y medible.

El padecimiento se refiere a las percepciones y experiencias de una persona ante los estados que se caracterizan por la devaluación social; se manifiesta de manera individual, pues la única manera de conocerlo es mediante la persona que padece (Kleinman, 1978, 1988). Sin embargo, no deja de ser un hecho eminentemente social porque estas experiencias están moldeadas por un entramado de condiciones materiales como el nivel de ingresos, acceso a la educación formal y a los servicios de salud, posición social, etcétera. También participan condiciones simbólicas, entre otras, creencias sobre el bien y el mal, ideas de la naturaleza y el cosmos.

La enfermedad y el padecimiento son modelos explicativos que entran en juego desde que una persona identifica un cambio en ella, hasta el momento en que dialoga con algún terapeuta o cuidador; estos modelos constituyen el marco de referencia que posibilita la interpretación de los síntomas y signos. Se considera que para el hombre es relevante organizar y dotar de sentido las experiencias vitales; gracias a los modelos explicativos, una persona puede situar los síntomas y signos como episodios pertinentes y congruentes con sus condiciones de vida. Los modelos ordenan las creencias acerca de la causa y curso del padecimiento o enfermedad, los síntomas, la fisiopatología y el tratamiento (Kleinman, 1978).

Por otra parte, las trayectorias implican un recuento de la búsqueda y obtención de ayuda. El recorrido se compone por diversas fases: percibir y experimentar los síntomas, localizar y establecer la tipología del padecimiento o enfermedad (crónico, agudo, por frío o por calor, etc.), tomar la decisión para actuar, realizar acciones precisas de búsqueda y valorar el efecto del tratamiento o de los recursos utilizados (Kleinman, 1980). Mediante las trayectorias se visibilizan las percepciones, evaluaciones, efectos a corto y a largo plazo de las estrategias sobre el individuo que emprende la búsqueda y sobre quienes participan en esta. Nos permite observar un campo de posibilidades socio-culturales propias de un lugar y tiempo específico (Minho, 2008).

Posibilidades de atención en la Ciudad de México

En la Ciudad de México se concentran la mayoría de los servicios formales dirigidos a la atención de la salud —en general— y mental —en particular—: consisten en consultorios de medicina general, psicología, hospitales psiquiátricos con consulta externa e interna. Una parte significativa de la atención es otorgada por el sector público, a pesar de que el sector privado tiene una considerable presencia y, además de los servicios formales, ofrece servicios de medicina tradicional china, naturismo, Flores de Bach, entre una larga lista.

Aun cuando el sector formal está organizado para ceñirse estrictamente a la Medicina científica[1], en las prácticas sanitarias y médicas cotidianas, la población reconfigura y adapta a sus necesidades este tipo de atención, generando formas híbridas e intermedias. Esta situación se describe adecuadamente con el modelo propuesto por Haro (2000), quien discrimina entre cuidados profesionales y profanos. Entre los primeros encontramos a los terapeutas que ostentan un título universitario y ejercen la biomedicina[2]; también a quienes carecen de este tipo de certificación, pero que son legitimados por la sociedad en su rol de terapeutas.

Los cuidados profanos abarcan el autocuidado/autoatención y la autoayuda; el autocuidado reúne las prácticas de salud cotidianas que están centradas en el individuo o el grupo doméstico, mientras que la autoayuda agrupa las redes sociales dirigidas a la atención. Las formas de autoayuda compiten o complementan los servicios médicos profesionales, pues buscan responder a las demandas que estos no satisfacen; incluyen organismos no gubernamentales, movimientos sociales, grupos de apoyo, participación comunitaria y voluntariado. Tanto el autocuidado/autoatención y la autoayuda son tributarias de la cultura popular (Haro, 2000).

La cultura popular se refiere a las múltiples expresiones emanadas de las clases y grupos subalternos, y su acervo se encuentra sujeto a una per-

1 El sistema biomédico ha sido identificado como el *Modelo médico hegemónico,* que incluye la práctica pública y la privada. Algunas de sus principales características son las siguientes: enfatiza la eficacia pragmática, el biologicismo, se basa en la concepción evolucionista-positivista, el universalismo y la ahistoricidad (Menéndez, 1984).

2 En México, la homeopatía es reconocida y reproducida por el Estado; mientras que la acupuntura está incorporada al modelo de unidades médicas del Plan Maestro de Infraestructura en Salud desde 2006 (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2010).

sistente reconfiguración e innovación particularmente en el medio urbano, pues la urbanización implica una apropiación de elementos y prácticas culturales de cualquier sector y ámbito de la sociedad nacional o internacional[3]. El repertorio de expresiones populares abarca objetos y procesos tan diversos como las lenguas minoritarias, las artesanías de uso doméstico, los saberes paralelos a la ciencia y las formas de organización social (Stavenhagen, 1982).

La relación conceptual entre cultura popular y prácticas sanitarias ha quedado asentada en la noción «Medicina popular»[4] (Kleinman, 1980). En México, la medicina popular obedece a procesos culturales de una larga data puesto que se ha caracterizado por acoger, adecuar y mantener vigentes saberes y prácticas de culturas distintas (indígena, africana, asiática) y de marcos epistemológicos diversos (religión, ciencia, gnosticismo).

Según la literatura, es frecuente que las personas atiendan los padecimientos, primero, mediante sus propios recursos como remedios caseros (tés, baños, etc.), ejercicios físicos (caminatas, montar bicicleta) y la red social en la que se incluyen familiares, amigos, vecinos, etc. En un segundo momento, acude a los servicios informales o formales (Comelles, 1993; Helman, 1994; Rubel, 1996; Cabassa y Zaya, 2007). Asimismo, es frecuente que se utilicen varios de estos servicios y recursos de manera simultánea (Rüdel, 2008; Berenzon e Ito, 2004).

Método

Se entrevistaron a 36 residentes de la Ciudad de México que en algún momento buscaron ayuda para tratar un problema emocional o mental. Todos fueron seleccionados mediante la estrategia de muestreo teórico, con la cual se privilegia la conveniencia de la información aportada por las personas para interpretar el tema de interés, antes que el número de entrevistados.

3 Debe quedar claro que la condición de «popular» que se le atribuya a una práctica es ajena a la cultura misma; más bien se deriva de la condición de popular que reviste la comunidad o el sector social que la produce, pues este término remite a la tensión que existe entre el sector subalterno y el dominante (Bonfil-Batalla, 1988).

4 Para las sociedades mediterráneas y latinoamericanas, la medicina popular «constituye un sedimento de formas conductuales y organizativas para la defensa de la salud que se encuentran acordes con las representaciones, conocimientos y prácticas generadas por los conjuntos sociales» (Seppilli, 1983).

Como mencionamos, el propósito fue conocer las estrategias de atención utilizadas y los aspectos subjetivos de los padecimientos emocionales. Para ello realizamos entrevistas de «investigación social» (Alonso, 1995) mediante las cuales se favoreció la producción del discurso continuo sobre el padecimiento.

Previamente se elaboró una guía de entrevista con una lista de tópicos que ordenaron las preguntas y que, al mismo tiempo, mantuvo la flexibilidad suficiente para integrar preguntas que no habían sido contempladas en un primer momento (Sierra, 1998). Los temas clave fueron: *i)* historia clínica del padecimiento; *ii)* trayectoria de búsqueda de atención, *iii)* características de las estrategias utilizadas; *iv)* percepción social y cultural de la salud mental; *v)* percepción hacia el servicio otorgado y *vi)* eficacia terapéutica.

Las entrevistas se realizaron en las viviendas y tuvieron una duración aproximada de una hora y media. La mayoría se realizó en una sola sesión, aunque en algunos casos fueron necesarios dos o hasta tres encuentros más. Todas las entrevistas fueron audio-grabadas y la información fue almacenada electrónicamente.

El análisis

Se establecieron categorías y sub-categorías a partir de los temas abordados en la guía de entrevista mediante la técnica de *categorización de significados* (Kvale, 1996). El contenido de cada entrevista fue codificado en una serie de categorías mutuamente excluyentes, así las extensas y complejas narraciones fueron estructuradas en unidades de información más pequeñas que facilitaron la comprensión de un determinado fenómeno. Dos personas codificaron el mismo material como forma de control del análisis, y se contrastaron las categorías y sub-categorías obtenidas por cada analista. Las discrepancias en la codificación fueron resueltas con la discusión y con una revisión conjunta de los relatos originales.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Según las normas estipuladas, se consideró que el proyecto no implicaba riesgos mayores y por lo tanto se podía obtener el consentimiento informado de manera verbal. Para solicitarlo, a cada participante se le mencionaron los objetivos y motivos del estudio, y se le pidió autorización para

grabar las entrevistas y divulgar la información recolectada. La confidencialidad fue resguardada mediante el uso de seudónimos.

Tres modelos de trayectorias

Se entrevistaron a doce hombres y veinticuatro mujeres; el promedio de edad entre los hombres fue de 40 años y de 43 el de las mujeres. Diecisiete personas tenían un nivel socioeconómico bajo y 19, medio-alto. Algunas personas afirmaron que no practicaban ninguna religión, algunos dijeron ser «creyentes» (cristianos), una señora era Testigo de Jehová y la mayoría se declararon católicos. Solamente diecisiete participantes contaban con algún tipo de seguro médico —todos proporcionados por el Estado—. La mayoría de las mujeres se dedicaban al hogar y, en general, los hombres eran empleados. (Se muestra más información acerca de los entrevistados en la Tabla 1).

Las voces más frecuentes para referirse al padecimiento emocional fueron tener o sentir nervios[5], angustia, tristeza, sentirse mal, estar desesperado/a o cansado/a, así como tener diversos problemas. Para algunos de los entrevistados, «tener problemas» no era solamente la causa sino el padecimiento mismo. También se encontraron trastornos mentales, esquizofrenia y bipolaridad entre las mujeres y entre los varones, abuso de alcohol y consumo de drogas. Se establecieron tres modelos que agruparon las características que aparecieron reiteradamente en las trayectorias. Es importante señalar que estos modelos no son excluyentes y resultan susceptibles de solaparse entre sí debido a que comparten componentes similares; sin embargo, cada uno está articulado sobre un eje específico: la elección del tipo de ayuda en función de la comprensión del padecimiento. A continuación se describen las particularidades de cada modelo y más adelante nos extenderemos en algunos casos que ilustran cada tipo de trayectoria.

5 Síndrome cultural que se presenta con mayor frecuencia entre los latinoamericanos y sobre todo en las mujeres. Se sugiere que los «nervios» al mismo tiempo expresan la experiencia individual del sufrimiento y el malestar social de la enfermedad. Se manifiesta como dolor físico y emocional que se deriva de los conflictos en varios ámbitos de la vida. Algunos de los síntomas que se presentan son dificultad para respirar, náuseas, diarrea, vómito, dolores de cabeza, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, temores y desesperanza (Guarnaccia y Farías, 1988).

El primer modelo se caracterizó porque los entrevistados atribuyeron la causa del padecimiento a un acontecimiento específico, y la búsqueda de ayuda se dirigió a resolver o aliviar los sentimientos y dolores que las personas experimentaron a partir de ese momento. También presentó una mayor combinación de recursos y el uso simultáneo de los mismos: abarcó desde el uso de remedios caseros, hasta las consultas con profesionales en salud mental.

En el siguiente modelo destacó la presencia de un trastorno mental, y resultó común que las primeras estrategias consistieron en la visita a especialistas en salud mental, así como a grupos de apoyo (anexos y grupos de AA[6] o de adictos anónimos).

En el tercer modelo, el padecimiento fue provocado por la acumulación de tareas cotidianas como el cuidado de los hijos o las condiciones de vida que permanecieron durante cierto periodo —entre otras, la precariedad económica y las relaciones conflictivas con la pareja—. Destacó la ayuda proporcionada por la red social, los ejercicios y algunas medicinas alternativas (Reiki, Flores de Bach, Mahikari, etc.).

«…que Dios me ayude y me vuelva loca…» Primer modelo de trayectoria

Algunas de las trayectorias que correspondieron con el primer modelo fueron las de Amalia, Guadalupe, Mercedes, Lourdes, María, Amanda, Daniela Liliana y Heberto. Los eventos están relacionados con la muerte de algún familiar o con algún problema con la pareja o los hijos. Para describirlo, primero presentamos la trayectoria de Mireya, quien tiene 54 años y es ama de casa de clase media. Nos contó que, diez años atrás, buscó ayuda para controlar los nervios que sintió al enfrentar su divorcio. En esa época, uno de los sentimientos que más le mortificaba era la pena moral, pues sentía que al romper los votos del matrimonio le estaba fallando a Dios. Mireya pidió ayuda a su Pastor y a otros creyentes (se refiere a ellos como hermanos). Ellos la visitaron en varias ocasiones para platicar y leer algunos pasajes de la Biblia en los que se justificaba la ruptura matri-

6 En México, existen diversas modalidades de apoyo que ofrecen los grupos de autoayuda conocidos como «Alcohólicos Anónimos» o AA —el «anexo» y el «grupo»—. El anexo se refiere a un lugar en donde las personas son confinadas (no se les permite salir) durante tres meses con la finalidad de evitar el consumo. Los «grupos» se refieren a reuniones a las que acuden los consumidores para exponer su historia y escuchar a otros consumidores.

monial en ciertas situaciones que eran, justamente, por las que ella estaba pasando. En el momento de la entrevista, ella reconoció que estas pláticas le proporcionaron tranquilidad porque le hicieron ver que no estaba actuando mal ante los ojos de Dios.

Al mismo tiempo, debido al proceso legal se sentía deprimida, con miedo y principalmente nerviosa. Para calmar los nervios se preparaba tés. Comentó que conocía diversas yerbas porque había nacido en un área rural donde lo más común era curarse con este tipo de remedios; tanto la abuela como la madre le habían transmitido este conocimiento. El proceso de separación duró aproximadamente dos años, en los cuales Mireya perdió confianza en sí misma y se sintió devaluada ante la mirada de las personas que la conocían:

> Mientras yo estuve con ese problema de nerviosismo por todos los trámites, entonces me daba mucho miedo ya desde seis y media, siete de la noche yo ya no salía, me sentía mal. Sobre todo quiere uno ocultarse de que nadie la vea porque da pena. A mí me daba mucha pena. Se siente uno tan poquita cosa, tan, si por algo la deja el esposo… Por algo la cambia, porque uno no vale la pena, ese es el sentir de uno.

Ella piensa que los nervios y la tensión le provocaron problemas dentales y dolores en la espalda, así que buscó ayuda en una clínica pública donde le enseñaron ejercicios de relajación para destensar los músculos. Mireya dijo que, aunque los ejercicios le ayudaron un poco, sentía que no podía concentrarse en nada, ni pensar en nada positivo; mencionó que intentó suicidarse. Narró cómo se sentía: « […] Sentí que me iba a volver loca, decía "que Dios me ayude y me vuelva loca para olvidarme de los problemas"». Entonces, acudió a un médico familiar para pedirle que la derivara a un hospital psiquiátrico; pero, ante la posibilidad de que la declararan incompetente para cuidar a sus hijas, desistió de esta idea.

Al cabo de un tiempo, el apoyo brindado por la comunidad religiosa, el uso de tés y los ejercicios de relajación le ayudaron a mantener cierta estabilidad. No obstante, más adelante tuvo una recaída de nervios atribuido al mismo evento de divorcio, así que tomó nuevamente los tés, visitó al Pastor y fue derivada por un médico familiar a la consulta ambulatoria con un psiquiatra que le recetó fármacos. De la visita al psiquiatra comentó que, aun cuando no le dijo qué hacer con el problema, le permitió llorar, desahogarse y el medicamento le ayudó a dormir.

Al término de la conversación, Mireya mencionó que recurre cada vez menos a los médicos, pues ya sabe cuáles tés y medicamentos tomar para

calmar los nervios. Dijo que también los dolores físicos ocasionados por los nervios —como la mandíbula o la espalda tensa–— los alivia ya sea con los ejercicios de relajación combinados con música tranquila o con un aparatito de masaje que adquirió recientemente y que lo utiliza para relajar los músculos de la cara.

La tendencia de Mireya fue utilizar de manera simultánea y en repetidas ocasiones tés, ejercicios de relajación y la visita a los integrantes de su comunidad religiosa, mientras que con el psiquiatra acudió solo una vez.

Otra de las entrevistadas que buscó ayuda debido al proceso de separación conyugal fue Amalia. La conocimos cuando tenía 38 años y era madre de dos hijos; su nivel socioeconómico era bajo. A diferencia de Mireya, Amalia sí buscaba separarse, pues tenía muchos problemas con su marido. Durante la separación y un poco después de esta se sintió nerviosa y con miedo.

Amalia solía comentar sus problemas con algunas compañeras de trabajo y ellas le recomendaron bañarse con «agua de rosas»; sin embargo, este remedio casero no le ayudó a controlar los nervios. Tiempo después y en vista de que los malestares continuaban, su hermana quien es psicóloga, le aconsejó visitar a una colega. Amalia siguió el consejo y acudió durante un año; dijo que la psicóloga le ayudó, principalmente, a relajarse y a sentirse mejor.

Si comparamos la corta trayectoria de Amalia con la de Mireya observamos que las circunstancias de la separación y el tipo de malestares fueron distintos. Sin embargo, en las dos trayectorias se observó que factores como las creencias religiosas para Mireya y las redes sociales para ambas influyeron en la percepción del malestar y las acciones de búsqueda de ayuda.

Una trayectoria más es la de Lourdes y está relacionada con el deceso de sus familiares. En el momento de la entrevista tenía 55 años, era ama de casa y pertenecía a un nivel económico medio. Las muertes de sus padres y esposo sucedieron con diferencia de meses. Estas le provocaron estrés, nerviosismo y tristeza por un tiempo prolongado, además de agotamiento físico que ella atribuyó al estrés continuo. A lo largo de la trayectoria, ella consultó en dos ocasiones al médico general y en ambas visitas le recetaron *diazepam*; en otro momento visitó al homeópata y en otro más a una tanatóloga quien le prescribió *tafil*. Cuando no recurrió a ningún servicio, tomó vitaminas para recuperarse del desgaste o bebió tés para calmar los nervios.

Lourdes también visitó a una persona que le leyó el Tarot y alrededor de este periodo y debido a una dolencia física visitó a un médico general, quien le recomendó asistir a clases de yoga. Comenzó a tomar clases de yoga y taichi y dijo que le ayudaron a deshacerse del estrés. Durante la mayor parte de la trayectoria, recibió de manera simultánea los recursos y servicios mencionados, y el apoyo de amigas y familiares.

Según Lourdes, el apoyo de amigas y familiares le ayudó a atenuar la soledad que sentía; los medicamentos le permitieron recuperar el sueño; las vitaminas, los tés y el tratamiento homeopático le ayudaron a continuar con sus labores cotidianas; la tanatóloga le ayudó a elaborar el proceso de duelo; con la lectura de Tarot obtuvo certidumbres sobre el futuro, y el Tai chi y el yoga le hicieron sentirse relajada. En suma, todo contribuyó a su bienestar.

En las trayectorias que respondieron al primer modelo se apreció que un evento precipitó un padecimiento que requirió atención en diversos niveles: moral (culpa ante Dios), social (devaluación), orgánico (espalda, dientes y desgaste físico) y psicológico (miedo, nervios, incertidumbre). Resultó común que los entrevistados valoraran la utilidad de las estrategias en función del alivio de uno o varios de los síntomas, no del padecimiento completo.

Juramento para dejar de beber. Segundo modelo de trayectoria

Entre las trayectorias que respondieron a este modelo estuvieron las de Omar, Abraham y Esteban, quienes buscaron ayuda debido a los problemas relacionados con el consumo de sustancias. También se encuentran las de Gabriela y Rocío, ambas diagnosticadas con un trastorno mental. Primero describiremos la trayectoria de Omar: él tenía 48 años en el momento de hacer la entrevista, estaba casado, trabajaba como empleado y su nivel socioeconómico era bajo.

Cuando se le preguntó por qué había buscado ayuda, platicó que tres años después de haberse casado comenzó a tener problemas con su esposa debido a la falta de dinero para cubrir los gastos domésticos. Omar dijo que en esa época comenzó a beber alcohol con mayor frecuencia y en mayor cantidad, lo que ocasionaba gastos y pérdidas de salario, pues la resaca le impedía presentarse en el trabajo. Durante ese periodo, a Omar no le parecía que el consumo de alcohol fuera un problema.

Su esposa tomó la decisión de llevarlo a un anexo que estaba a cargo de un grupo de Alcohólicos Anónimos. Omar ingresó en contra de su voluntad, y después de un mes y medio se escapó. A instancia de su esposa y de la familia, fue obligado a ingresar otras tres veces más al anexo; en dos ocasiones volvió a escapar, y solamente en el tercer ingreso permaneció los tres meses requeridos. Dijo que con cada ingreso la situación de pareja y familiar empeoraba, por eso la tercera vez decidió no huir. Mencionó que mientras estuvo encerrado conoció a personas que eran «verdaderos adictos, se veía que ya habían decaído mucho».

Cuando salió del anexo, estaba convencido de que su consumo era la causa de todos sus problemas y expresó que sentía miedo de que la bebida terminara con su vida. Así que decidió buscar ayuda en un grupo de AA; asistió de manera regular aproximadamente un año y, aunque tuvo algunas recaídas, le pareció que el grupo le permitió reflexionar sobre lo que había pasado a nivel personal:

> […] me dieron otro punto de vista de la vida, otra perspectiva. A parte de que ahí te hacen dejar de beber con agrado, claro si tú quieres, te dan otro modo de vivir, otro modo de ver las cosas.

Después de un periodo, se decepcionó por el grupo, pues notó que algunos integrantes lucraban con otros; entonces lo abandonó. Un amigo le recomendó que asistiera a terapia y Omar acudió a una psicóloga. Ella le aconsejó que se separara de su esposa: «Ella lo va a hacer beber nuevamente». A Omar le incomodó este consejo, así que no asistió más a la terapia; además empezaba a tener dificultades de tiempo y dinero para acudir.

Tiempo después, visitó una iglesia cercana a su casa y un sacerdote mostró interés en ayudarlo. Omar acudió regularmente para conversar hasta que el sacerdote le dijo que necesitaba hablar con su esposa. Sin embargo, ella se negó a asistir y Omar discontinuó las visitas. Comentó que unos meses después tuvo recaídas en el consumo, y un compañero de trabajo le animó a realizar un juramento para dejar de beber. Omar explicó en qué consistía:

> […] todas las personas que quieren comprometerse a un cambio como dejar de consumir drogas, tabaco o alcohol o dejar de decir groserías, se comprometen por un tiempo determinado, no menor a tres meses.

Omar hizo el juramento y dijo que le ayudó a dejar de beber. Comentó que su modo de ver el consumo ha cambiado a lo largo de los últimos años.

Mencionó que el grupo y las sesiones con la psicóloga le proporcionaron un espacio donde pudo reflexionar sobre asuntos importantes como la familia, Dios y la salud, entre otros. Cuando platicamos con Omar, llevaba varios años sin beber y comentó que si en el futuro recaía, acudiría nuevamente con el grupo de AA.

En la trayectoria de Omar prevalecieron dos modalidades del servicio de AA, el anexo y los grupos; y aunque la percepción hacia este último guardó algunas críticas, está claro que para él fue una estrategia adecuada para enfrentar el consumo. Las otras estrategias contribuyeron, principalmente, a producir un cambio en la percepción del consumo y los problemas relacionados con este.

Nos gustaría señalar que uno de los desencuentros recurrentes entre los entrevistados y los terapeutas ocurre cuando buscan ayuda para tratar los problemas de pareja (separación, infidelidad, violencia). El eje de la discrepancia son las ideas, modelos y valores que sostuvieron algunos especialistas y algunos de los entrevistados. La experiencia de Omar con la psicóloga hizo eco con otra de las entrevistadas, pues para ambos las recomendaciones ofrecidas por los especialistas resultaban contradictorias con sus valores. Cuando ocurrieron estas situaciones, las personas abandonaron el tratamiento y guardaron una percepción ambigua del trabajo de los psicólogos.

Como mencionamos, en este modelo también se incluyeron las trayectorias en las que el motivo de búsqueda fue algún trastorno, y este fue el caso de Rocío. En el momento de la entrevista tenía 37 años, su condición económica era baja, pues desempeñaba empleos temporales; cuando no estaba empleada, vendía manualidades entre los vecinos. A la edad de 24 años presentó la primera crisis (rompió cosas, caminó horas, alucinaciones, etc.) y diferentes médicos le dieron diversos diagnósticos; al parecer el diagnóstico definitivo fue trastorno esquizoafectivo acompañado de un trastorno bipolar. Desde el primer episodio crítico, recibió atención en diversos servicios psiquiátricos e incluso estuvo internada en dos ocasiones. Observamos que las consultas con psicólogos y psiquiatras, así como la medicamentación, estuvieron presentes a lo largo de toda la trayectoria. Sobre las experiencias en los servicios de psiquiatría, Rocío comentó que en algunas clínicas, el personal de enfermería, los psicólogos y psiquiatras le parecieron competentes y consideró que sí le ayudaron, pero hubo clínicas en las que se sintió maltratada o percibió falta de comunicación con el profesional.

Al mismo tiempo, recibió cuidados y apoyo constante por parte de la familia y amigos, en particular durante una temporada en que Rocío, por propia voluntad, permaneció encerrada en su casa. Cuando la visitaban sus amigas, le daban algunos consejos:

> […] que me arreglara, que por lo menos me pintara las uñas y todo eso. Y mi amiga, bueno se llama M., me dice «mira, te traigo esto para que empieces a trabajar»; inclusive me traía unas cuentitas y un cinturón…

De manera simultánea a los servicios de salud mental y las redes sociales, Rocío buscó ayuda entre los sacerdotes católicos. Ellos solían darle palabras de aliento para que continuara cuidándose y, basados en los preceptos religiosos como «Dios sabe por qué hace las cosas». Le ayudaron a aceptar la enfermedad y le aconsejaron acercarse más a las actividades religiosas. Rocío recordó una de las pláticas que sostuvo con uno de ellos:

Me dice «es una enfermedad que vas a vivir con ella toda la vida y te tienes que acostumbrar a los medicamentos» […] Realmente sí me dediqué a tomarlos, como siempre he creído en Jesús. Entonces dije: «Hago lo mío: rezo, voy a la iglesia». O sea, me convertí en una persona que iba más a la iglesia. El sacerdote me ayudó mucho en esa época porque entablaba una comunicación con otra persona que no fuera de la familia.

Rocío contó que durante la época en que aún asistía a la universidad, ya bajo tratamiento psiquiátrico, su madre le preparaba un té «para los nervios» que la tranquilizaba; pero dejó de tomarlo porque los efectos de los medicamentos eran más fuertes y la mantenían somnolienta. Más adelante, y por recomendaciones de una tía, acudió durante un año a las reuniones de un grupo de autoayuda. En los primeros meses, le permitió comprender que había más personas que tenían el mismo trastorno; aún así, al cabo de un tiempo decidió dejarlo porque le molestaron algunas actitudes y comentarios de los participantes.

Cuando fallecen ambos padres, Rocío se siente desesperada y busca canalizar las emociones de pérdida mediante el yoga. Sin embargo, tras un mes de clases, lo deja, pues siente que aunque la tranquiliza no cubre sus expectativas. Dijo que encontró cierta satisfacción, compañía y tranquilidad entre los niños con Síndrome de Down que acudían a la escuela donde impartía talleres de manualidades durante algunas semanas al año.

Observamos que para Rocío, los medicamentos, junto con la atención psiquiátrica, resultaron centrales para controlar el trastorno, a pesar de los efectos secundarios que la incomodaban (subir de peso, problemas

para articular fluidamente las palabras, somnolencia) y que le dificultaban realizar algunas tareas cotidianas. A lo largo de la conversación, la entrevistada dejó ver que, aun cuando el modelo explicativo de la biomedicina constituyó un eje importante, las explicaciones de orden biológico no cumplieron con la compresión de las experiencias que implicaba vivir con el trastorno. Para ella, la visión de los sacerdotes católicos fue relevante para completar el sentido del padecimiento, así como para alentarla a continuar con el tratamiento psiquiátrico y realizar otras actividades dirigidas al autocuidado.

Yoga, metafísica, fármacos, amigas… Tercer modelo de trayectoria

En el tercer modelo, el padecimiento fue provocado por la acumulación de tareas cotidianas: trabajar en exceso, cuidar a los hijos y el hogar, resolver condiciones como la falta de dinero, los problemas con la pareja, entre otros. Según los relatos de Mariana, Griselda, Greta, Miriam, Ernesto, Violeta, Blanca, Eduardo y Alfredo, todo lo anterior formaba parte de la vida diaria. La percepción generalizada fue que, después de pasar un tiempo prolongado enfrentándose a esta cotidianidad y cumpliendo con las expectativas sociales, empezaron a sentir depresión, cansancio, diversos dolores o sentimientos de frustración y desesperación.

Blanca, quien trabaja como enfermera, fue una de las entrevistadas que atribuyó la depresión, el estrés y el cansancio que sintió a la acumulación de trabajo: «Bueno, al principio, el exceso de trabajo, en el hospital el estrés es muy alto, tenía niños pequeños, el trabajo de la casa. Todo se acumula». Platicó cómo de forma paulatina fue aumentando su sensación de malestar:

> Fue creciendo el estrés, la depresión y a los cinco meses me doy cuenta que hay un problema serio. Una depresión muy fuerte, de no querer salir ni a la puerta, estaba cansada, estaba muy deprimida, no quería hablar, no quería hacer nada […].

En este periodo, los familiares le ayudaron con el cuidado de sus hijos pequeños; también visitó a los pastores de su iglesia, quienes le aconsejaron tener fe y seguir adelante. No obstante, como consideró que el problema era «fuerte», decidió consultar a un neurólogo. El médico le recetó medicamento y en cada visita entablaba conversaciones que le ayudaban a sentirse bien. Después de algunos meses, Blanca comenzó a recuperarse y, en su opinión,

todos los recursos que utilizó le permitieron continuar con sus actividades cotidianas y, con el paso del tiempo, a sentirse tranquila y sin depresión.

Otro de los informantes, Ernesto, platicó que durante varios años fue «normal» que se sintiera cansado, estresado, incluso mareado, pues debía cumplir con varios trabajos —manejar un taxi, y atender dos pequeños negocios— para cubrir los gastos de su esposa y dos hijas. Él comentó sobre sus padecimientos lo siguiente:

> Lo que he llegado a pensar es que las mismas necesidades te van haciendo que te estreses. En la actualidad trabajas todo el día para poder salir adelante, es lo que te trae estresado, la contaminación, el tráfico.

Tras cinco años de sentirse mal, su madre y su esposa empezaron a comentar que lo veían mal:

> Yo me quedaba así siempre sin decir nada y me decían oye te veo medio mal, pero no, yo negaba, a veces esporádicamente le decía a mi mamá: sabes qué me siento medio mareado pero me sentía así diario y a todas horas.

Comenzó a beber los tés que preparaba su esposa con la finalidad de evitar los mareos. Más tarde, un familiar le enseñó a relajarse mediante técnicas de respiración y asistió a sesiones de reiki. Un tiempo después su esposa le recomendó leer algunos libros de metafísica. Ernesto dijo que poco a poco —en los últimos diez años—, y siendo constante con la práctica del reiki y las técnicas de respiración, empezó a relajarse y a cambiar su actitud hacia el trabajo. Sin embargo, no siempre es disciplinado y vuelve a sentirse estresado, pues para él es inevitable sentir desesperación cuando pasa por periodos de inestabilidad económica.

Una tercera trayectoria es la de Mariana. La describiremos de manera detallada ya que guarda varios puntos comunes con otras trayectorias de este modelo. Al momento de ser entrevistada, Mariana tenía 67 años, era un ama de casa, tenía cuatro hijas y hacía más de cinco años que había enviudado. Relató las diversas actividades que realizó a lo largo de 37 años para calmar la intranquilidad, ansiedad y alta irritabilidad que frecuentemente sentía. Tales estados los atribuía al estrés cotidiano por las tareas que implicaba ser madre de cuatro hijas y ama de casa. Explicó cómo empezaron los padecimientos:

> Yo me casé muy joven, como a los veinte años. Después de mi primera hija empecé a sentir un poco de nerviosismo, estrés, como a los 21 años. Como siempre he sido medio perfeccionista, a lo mejor por eso me estresaba, por

> no poder hacer las cosas como yo quería pues con las niñas y casada no era lo mismo como cuando estaba soltera consentida de mis papás, sino ya casada con un hombre medio histericón…

Mariana platicó que su madre decía que era medio estresada y enojona y para calmarla la indujo a practicar yoga. Mariana accedió y mientras era soltera consideraba el yoga solo un pasatiempo; pero después de casarse y continuar con la práctica, sintió que la ayudaba a tranquilizarse. Otra actividad fue la práctica de la metafísica, que consistía en tener una actitud positiva ante la vida y emitir «decretos».[7] Durante el mismo periodo, dijo que tomaba algunos tés que conoció gracias a su abuela. Además, salía de casa para caminar al menos una hora. Con esto, Mariana dijo que se relajaba y esperaba mantenerse saludable.

En otro momento de la trayectoria, además del yoga encontró apoyo en las amigas que compartían situaciones de vida similares (matrimonio, cuidado de los hijos, labores domésticas, etc.) y de quienes recibía consejos. Sin embargo, después de diez años de matrimonio, platicó que pasó por una crisis económica importante que le provocó depresión y una sensación de querer gritar, regañar, y en suma sentía que «no estaba en sus cabales». Entonces recurrió a un médico familiar que le recetó un medicamento para tranquilizarse, y recuerda que sí le sirvió.

Años más tarde, Mariana comentó que surgieron mayores eventualidades porque, conforme crecieron sus hijas, aumentaron los problemas familiares. Entonces se sentía nerviosa e irritable. Por ello recurrió nuevamente a las amigas y a la automedicación con calmantes. Cuando cumplió cincuenta años inició la práctica del reiki y el mahikari[8], y mencionó que le ayudaron a tranquilizarse.

Según la entrevistada, todas las estrategias que utilizó le trajeron algún tipo de beneficio. Con excepción de los medicamentos, dijo que su intención al realizar estas actividades fue sentirse y vivir mejor. Para ella, el origen de sus padecimientos se encontraba en su forma de ser (de natu-

7 Se preguntó a la entrevistada en qué consistían los decretos y respondió que en pensar o mencionar en voz alta lo siguiente: «Yo soy salud, yo estoy fuerte, yo estoy sana, yo me siento muy bien ahorita […] Eso estimula mucho a tu cuerpo y te hace sentirte lo que tú te estás diciendo. Se supone que el subconsciente te está escuchando y hace lo que tú le estas ordenando».

8 La entrevistada explicó que ambas técnicas están basadas en la transmisión de la energía mediante la imposición de las manos.

raleza nerviosa y perfeccionista), así como en las situaciones de vida que la rodeaban: el carácter de su marido, la falta de dinero y el cuidado de sus hijas. El yoga, la metafísica, los tés, la caminata, el reiki, las pláticas con las amigas, bajo la perspectiva de Mariana, han sido las maneras de auto controlarse para no enfermar y para no descuidar las actividades cotidianas.

Al igual que Mariana, algunas entrevistadas que padecieron nervios los atribuyeron al carácter o la personalidad. Ellas explicaron que la causa estaba relacionada con la herencia familiar: provenir de una familia de «naturaleza nerviosa». Basadas en esta idea, las participantes no buscaron ayuda con la expectativa de evitar o curar los nervios, sino que trataron de disminuir sus efectos. En estos casos, los tés, los ejercicios de relajación, las caminatas, el yoga y el reiki fueron prácticas que les reportaron cierto grado de relajación, lo cual fue altamente valorado porque constituyeron un apoyo para proseguir con las ocupaciones de la vida cotidiana y tener una mejor disposición para buscar ayuda.

La relevancia del tercer modelo es que nos permitió considerar que las condiciones de vida y las tareas cotidianas conforman un cúmulo de necesidades aún inespecíficas. Condiciones como la precariedad económica, falta de servicios, largas jornadas laborales, la inseguridad percibida, entre otras, suelen permanecer disimuladas porque si bien, según los participantes, influyen en su estado de salud, la mayoría las entiende como infortunios inherentes a la vida y como un «destino compartido» por la mayoría de los integrantes de su grupo. De este modo, lo anterior queda aceptado como saber social.

El riesgo que algunos autores han vislumbrado en la inclusión de estas condiciones dentro de la discusión médica es que podría exacerbar la medicalización de la vida cotidiana, es decir, que una amplia miscelánea de adversidades se convierta en materia patológica y por tanto se transformen en objetos de medicalización. Sin embargo, lo que hemos podido observar es que las personas suelen dirigir su búsqueda hacia recursos no biomédicos como la familia, la práctica de alguna disciplina y los servicios espirituales o religiosos.

Últimas consideraciones

Los tres modelos establecidos, con base en la información recopilada, dependen principalmente del tipo de padecimiento construido por la perso-

na, y la forma en que se utilizaron los recursos en cada uno de los modelos coincide con lo reportado en otros estudios (Comelles, 1993; Helman, 1994; Rubel, 1996; Cabassa y Zaya, 2007). En algunas trayectorias se observaron cambios en el modelo explicativo del padecimiento explicitado por el entrevistado, lo cual se ajusta a las afirmaciones de Kleinman (1978) acerca de los cambios del padecimiento.

Una forma de comprender el dinamismo del padecimiento es considerar que el sufrimiento actúa como un proceso desorganizador; por ende, la tarea de los cuidadores (madre, amigos, médico, curandero, etc.) es reintroducir el sentido y establecer orden mediante saberes y acciones —así sea la más sencilla palpación o recomendación—. Asimismo, dado que cualquier estrategia emana de una visión de mundo, un estatus social, una representación del cuerpo y una definición de persona, todo esto también contribuye a la organización de la persona aquejada (Le Breton, 1990). Por lo tanto, conforme las personas utilicen diversos recursos o servicios, tendrán la posibilidad de integrar, evaluar, descartar y reconfigurar los saberes y acciones, y así podrían percibir desde nuevos puntos de vista el padecimiento.

Bajo esta perspectiva, resulta válido que una sola persona conjugue nociones biomédicas (depresión post-parto, menopausia, etc.) con ideas acerca de la brujería, creencias religiosas, además de todas aquellas estrategias que aporten sentido a la experiencia. No obstante, debemos tener en cuenta que la combinación e hibridación de diferentes saberes no deja exento de tensiones el proceso de elegir algún recurso. Como se mencionó al inicio del texto, la amplitud del repertorio de estrategias de salud responde a la heterogeneidad cultural que prevalece en la población, y propicia la competencia entre los diversos servicios, especialistas y terapeutas.

En vista de lo anterior, resulta difícil pensar que para comprender y atender a algún trastorno sea suficiente considerar los síntomas y signos sin tomar en cuenta la complejidad del padecimiento que generalmente exige la intervención de diferentes recursos sociales. El análisis de las trayectorias permite comprender el papel que juegan las estrategias de salud provenientes de la medicina popular (cuidados profanos, Haro: 2000), y al mismo tiempo alienta a la realización de estudios enfocados en conocer, con mayor puntualidad, las fortalezas y debilidades de cada uno de los recursos y servicios utilizados para prestar atención a la salud mental y emocional.

Para dar cierre a este trabajo, nos gustaría plantear una pregunta que surgió durante la investigación y que podría dar lugar a futuros estudios. Está relacionada con la importante divulgación de programas de salud y consulta a «especialistas en salud» en algunos programas de radio, televisión e Internet: ¿cuál es el lugar que ocupan este tipo de servicios de consejería en las trayectorias de atención dirigidas a la salud mental y emocional?

Bibliografía

Alonso, L. (1995) «Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa». En Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (eds.) (1995) *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, 225–240.

Berenzon, S. e Ito, E. (2004) «Between Traditional and Scientific Medicine: A Research Strategy for the Study of the Pathways to Treatment Followed by a Group of Mexican Patients with Emotional Disorders [60 paragraphs]». *Forum: Qualitative Social Research*, 5(2): (<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-04/2-04berenzonito-e.htm>).

Berenzon, S. y Juárez, F. (2005) «Trayectorias de atención de pacientes con trastornos afectivos: encuesta con población de comunidades urbanas en la Ciudad de México». *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 519–526.

Bonfil-Batalla, G. (1998) «La crisis teórica en la investigación sobre cultura popular». En García-Canclini, N.; Nahmad, S. y Menéndez, E. (eds.) (1998) *Teoría e investigación en la antropología social mexicana.* México: Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Universidad Nacional Autónoma de México, 67–98.

Cabassa, L. y Zayas, L. (2007) «“Latino immigrants” intentions to seek depression care». *Am J Orthopsychiatry*, 77, 231–242.

Campos, R. (1990) *Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera en la ciudad de México*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Comelles, J.M. y Martínez, Á. (1993) *Enfermedad, sociedad y cultura*. Madrid: Eudema.

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2010) *Diagnóstico de los aportes de diferentes modelos clínico terapéuticos para la diabetes mellitus*. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de innovación y calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Guarnaccia, P. y Farias, P. (1988) «The social meanings of nervios: a case study of a central american woman». *Social Science medicine*, 26, 1223–1231.

Haro, J. (2000) «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». En Perdiguero, E. y Comelles, J. (eds.) (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina.* Barcelona, 101–156.

Helman, C. (1994) *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth Heinemann.

Kleinman, A. (1978) «Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural». *Soc Sci & Med*, 12, 85–93.

— (1980) *Patients and Their Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

— (1988) *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.

Kvale, S. (1996) *Interviews: an introdution to quallitative research interviewing*. Londres: Sage Publications.

Lagarriga, I. (1991) *Espiritualismo Trinitario Mariano. Nuevas perspectivas*. México: Universidad Veracruzana.

Le Breton, D. (1990) *Antropología del cuerpo y modernidad.* Argentina: Ediciones Nueva.

Medina-Mora, M. E.; Borges, G.; Lara, C.; Benjet, C.; Blanco, J.; *et alii* (2003) «Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México». *Salud Mental*, 26(4), 1–16.

Menéndez, E. (1984) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud.* México: CIESAS.

Minho, E.; Pires, D.; Chitto, M.; De Oliveira, M.; Boing, A.; Pattrig, H. (2008) «O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapéuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro». *Ciencia & Saude Coletiva*, 13(5), 1501–10.

Napolitano, V. (2003) «Complementary Medicine: Cosmopolitan and Popular Knowledge, and Transcultural Translations. Cases from Urban Mexico». *Theory, Culture & Society,* 20(4), 79–95.

Nigenda, G.; Mora-Flores, G.; Aldama-López, S. y Orozco-Núñez, E. (2001) «La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia». *Salud Pública de México* 43(1), 41–51.

Olavarría, M.; Aguilar, C. y Merino, E. (2009) *El cuerpo flor*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa y Miguel Ángel Porrúa.

Rubel, A. y Hass, M. (1996) «Ethnomedicine». En Sergeant, C. y Johnson, T. (eds.) (1996) *Handbook of medical anthropology*. London: Greenwood Press.

Rüdell, K.; Bhui, K. y Priebe, S. (2008) «Do "alternative" help-seeking strategies affect primary care service use? A survey of help-seeking for mental distress». *BMC Public Health*, 8(207): (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/207>).

Seppilli, T. (1983) «La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito». *La Ricerca Folklorica*, 8, 3–6.

Sierra, F. (1998) «Función y sentido de la entrevista cualitativa». En Galindo, Jesús (coord.) (1998) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Addison Wesley Longman, 277–354.

Stavenhagen, R. (1982), «La cultura popular y la creación intelectual». En Colombres, Adolfo (comp.) (1982) *La cultura popular.* México: Premiá, 21–40.

Tabla 1

Datos socio-demográficos de los entrevistados

Seudónimo	*Edad*	*Escolaridad*	*Ocupación*	*Estado civil*	*Religión*
Héctor	25	Primaria	Empleado	Unión Libre	Católica
Hernán	78	Licenciatura	Jubilado	Casado	Católica
Ernesto	32	Preparatoria	Autoempleo	Casado	Católica
Alfredo	36	Licenciatura	Empleado	Soltero	Ninguna
Eduardo	34	Doctorado	Empleado	Soltero	Católica
Rafael		Licenciatura	Empleado	Soltero	Ninguna
Joaquín	33	Licenciatura	Empleado	Soltero	Rehúsa
Mireya	54	Primaria	Ama de casa	Divorciada	Testigo de Jehová
Mariana	67	Licenciatura	Ama de casa	Viuda	Católica
Amanda	49	Preparatoria	Ama de casa	Casada	Católica
Gabriela	36	Licenciatura	Empleada	Soltera	Católica
Greta	43	Maestría	Empleada	Casada	Otra
Dulce	22	Preparatoria	Empleada	Casada	Católica
Miriam	33	Preparatoria	Autoempleo	Casada	Católica
Alejandra	46	Rehúsa	Empleada	Viuda	Católica
Lourdes	55	Secundaria	Ama de casa	Viuda	Católica
Liliana	42	Secundaria	Ama de casa	Casada	Católica
Blanca	58	Preparatoria	Ama de casa	Separada	Católica
Rebeca	46	Licenciatura	Empleada	Divorciada	Católica
Esteban	38	Primaria	Empleado	Casado	Católico
Abraham	50	Preparatoria	Empleado	Casado	Creyente
Arnoldo	32	Técnico	Autoempleo	Soltero	Ninguna
Heberto	47	Licenciatura	Autoempleo	Unión Libre	Ninguna
Omar	48	Preparatoria	Empleado	Casado	Ninguna
Griselda	38	Primaria	Ama de casa	Unión Libre	Católica
María	60	Primaria	Ama de casa	Divorciada	Católica
Amalia	38	Secundaria	Empleada	Separada	Católica
Mercedes	39	Primaria	Ama de casa	Casada	Católica

Seudónimo	*Edad*	*Escolaridad*	*Ocupación*	*Estado civil*	*Religión*
Lupe	39	Maestría	Empleada	Soltera	Ninguna
Rocío	37	Licenciatura	Empleada	Soltera	Ninguna
Elizabeth	35	Primaria	Ama de casa	Casada	Católica
Carmen	37	Primaria	Ama de casa	Unión Libre	Creyente
Cristina	62	Primaria	Ama de casa	Viuda	Católica
Bertha	29	Primaria	Ama de casa	Casada	Católica
Violeta	43	Primaria	Empleada	Viuda	Católica
Soledad	46	Primaria	Ama de casa	Casada	Católica

6. EL ESTRÉS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UN GRUPO DE OPERADORAS TELEFÓNICAS. EL TRABAJO Y LA FAMILIA COMO PRINCIPAL CAUSALIDAD

Josefina Ramírez Velázquez
Escuela Nacional de Antropología e Historia (México)
josefinaram@prodigy.net.mx

Introducción

Desde hace varias décadas el mundo del trabajo en México se ha venido transformando hacia la modernización. En la telefonía esta modernización ha generado procesos de cambio a través de la implementación de nuevas tecnologías, provocando cambios en los procesos de trabajo, en el orden social y, sobre todo, en el cuerpo social e individual de los trabajadores cuya expresión más trascendente tiene que ver con su salud física y mental.

Si bien tales transformaciones han generado nuevos tipos de trabajo como los llamados *Call Centers*, en este capítulo nos ocuparemos de dar cuenta de la experiencia de un grupo de operadoras de la empresa más importante del país: Telmex. Las operadoras telefónicas de esta empresa cobran importancia a su vez por constituir uno de los grupos de mujeres trabajadoras más relevante por su situación estratégica en la telefonía, su historia de lucha, su participación sindical a lo largo de varias décadas, pero, sobre todo, por ser un grupo social amenazado con desaparecer gracias a la implementación de las nuevas tecnologías.

Es en este tránsito que encontramos reflejado, desde el discurso y la experiencia de las operadoras, el estrés como problema de salud laboral, asumido así por ellas mismas.[1]

Sin duda alguna este hecho fue el punto de partida para construir el estrés como objeto de estudio antropológico orientado, entre otras, por los siguientes interrogantes: ¿cuáles son los significados socioculturales

1 Hablaré de ello más adelante.

que las operadoras dan al estrés y a través de qué procesos podemos comprender dichos significados?; ¿a través del estrés se articulan procesos socioculturales que operan tanto en el ambiente laboral como en el familiar? (Ramírez, 2010)

Mi interés en este trabajo es mostrar, con algunos datos empíricos, que para explicar el estrés laboral desde una perspectiva sociocultural (Ramírez, 2007a) es necesario describir y analizar la imbricación que hacen el trabajo y la familia como dos mundos de significación.

Propuesta teórica

El punto central de este trabajo lo constituyen los referentes del grupo de operadoras y algunos otros actores sociales involucrados en la explicación del estrés, sintetizados debido al espacio con el que contamos. Sin embargo, está claro que partimos de una propuesta teórico-metodológica que asume la importancia del significado social del estrés, el cual es posible conocer solo a través de un trabajo profundo y continuo con el grupo en cuestión.

La investigación se basó en dos fundamentos teóricos importantes. El primero alude a la enfermedad, por un lado, considerada para su análisis como hecho cultural dado que significa y representa, y por otro, como producto socio-histórico, esto es cada sociedad y cultura tienen sus propias formas de *concebir, experimentar, usar y darle significado al cuerpo* y a los hechos que se asientan en él; por tanto producen sus propias representaciones, experiencias y metáforas sobre la naturaleza de estos, constituyendo así un conocimiento elaborado social y culturalmente.

El otro fundamento teórico destaca que no existe actor sin contexto. Esto quiere decir que los significados que los actores elaboran siempre deben referir el contexto que les da sustento y, si hablamos de actores caracterizados por su actividad laboral, el propósito fue subrayar que el trabajo y la familia deben estudiarse como contextos significantes, dado que generan relaciones de poder jerárquicas cargadas de ideología y de significados, desde las cuales emergen creencias, comportamientos, símbolos, conflictos que remiten a las configuraciones que cada actor y grupo social tiene de la salud, enfermedad y su atención.

En este estudio mi interés fue mostrar que el estrés es una construcción social. Es decir, que su constitución es producto de la relación genera-

da por los actores sociales. En este sentido, si bien asumo que la noción de estrés es una elaboración del saber profesional de la biomedicina y psicología que describe, a través de diversos indicadores, la reacción neurohormonal y psicológica de un individuo a una variedad amplia de estímulos medioambientales, constituye simultáneamente una metáfora que los conjuntos sociales manejan y aplican para explicar síntomas físicos, así como situaciones y relaciones en las cuales se encuentran inmersos (Ramírez, 2010: 41).

Para llegar a este planteamiento ha sido necesario, primero que nada, reconocer la naturaleza problemática de la definición de estrés tanto en el orden teórico, metodológico como epistemológico (Ramírez, 2007a; 2008). Al respecto solo me gustaría subrayar que en este trabajo no interesa discutir si el estrés es una enfermedad o un síndrome, cuanto reconocer que este tiene importancia por ser un malestar que afecta a las operadoras en cuestión. Asimismo, decir que el estrés es una construcción social no quiere decir que este no exista, que no sea real. Por el contrario, y aquí retomo la notable argumentación que Allan Young ha apuntado —primero en 1980 en su trabajo sobre el discurso convencional de estrés y, en los años noventa, al estudiar el estrés postraumático de excombatientes de la guerra de Vietnam (Young, 1995)— para subrayar que la realidad del estrés está confirmada empíricamente por el lugar que tiene en la vida de las operadoras, por sus experiencias y convicciones, y por las transformaciones personales y colectivas que ellas han hecho a partir de experimentar este malestar. Como Young, subrayo que mi trabajo como antropóloga investigadora del estrés no es negar su realidad, sino explicar cómo esta y su experiencia han devenido en un hecho real que genera diversas transformaciones en aquellos que sufren de estrés.

Es preciso señalar además que aunque desde las ciencias médicas y psicológicas existe una tendencia mayoritaria a estudiar el estrés desde una perspectiva objetiva y circunscrita al mundo laboral, si de estrés laboral se trata, las tendencias analíticas de vanguardia aunque reconocen la idea original de Selye, al concebir al estrés como la respuesta que da el cuerpo ante estímulos internos o externos, en su intento por adaptarse, han ido más allá orientando diversas formulaciones, de las cuales las más relevantes apuntan a reconocer los siguientes puntos:

1. que para explicar el estrés no basta con enunciar una larga lista de estresores, sino que es necesario esclarecer los factores im-

plicados en su aparición y relacionarlos con el *apoyo social y los recursos con los que se cuentan para afrontar, manejar y resolver el estrés* (Young, 1980; Dressler, 1996). Esta nueva orientación contribuiría a explicar por qué no todos los individuos supuestamente expuestos a los mismos estresores reaccionan con respuestas similares o con el mismo tipo y grado de estrés, lo cual en buena medida ha permitido vislumbrar la importancia de *reconocer a los trabajadores como actores sociales diferenciados por el género, la generación, la estratificación social, la étnia y que luchan constantemente con múltiples demandas que surgen tanto en el ámbito laboral como en el extralaboral* (Ramírez, 2010).

2. Relacionado a ello se estimó relevante poner atención en el significado sociocultural que cada persona le otorga al estrés, los estresores, el apoyo social, los recursos con los que cuenta; en definitiva, en *su propia experiencia, suponiendo que la experiencia humana se caracteriza fundamentalmente por su producción de sentido y significado* (Young, 1980; Brief y Nord, 1990; Lazarus, 1999).
3. El paradigma del significado sociocultural se articula al nuevo significado que algunos autores han dado *al estrés, al analizarlo ya no como evento estático sino como proceso* (Dressler, 1996; Pearlin, McKean y Skaff, 1996; Lazarus, 1999).
4. Partiendo de la noción de estrés como proceso, ha resultado imprescindible trascender *el ámbito laboral para pensar en un continuum entre éste y el ámbito familiar.* Desde este punto de vista, visualizar los dominios del trabajo y de la familia como procesos articulados y desde el significado sociocultural ha contribuido a entender también cómo los individuos rigen sus respuestas emocionales y guían sus opciones y acciones a partir del valor y significado que le adjudiquen a tales espacios, que claramente cambian a través del tiempo (Eckenrode y Gore, 1990; Kohn, 1995). Teórica y empíricamente se asumió que el estrés no puede seguirse analizando exclusivamente en referencia al ámbito laboral, ya que los procesos de significación no se dan sólo en el trabajo, sino también en la familia (Brief, A. y W. Nord, 1990) y en general en la vida (Kossek y Lambert, 2005).
5. Por lo tanto los investigadores han ampliado sus interrogantes para explicar el estrés yendo más allá del reconocimiento de las

exigencias físicas, cognitivas, emocionales y sociales derivadas de los roles laborales para asociarlas con las derivadas de los roles familiares, utilizando la noción de *spillover*.[2] Desde este concepto los investigadores han dado cuenta de la manera en que el mundo laboral y el familiar se encuentran y pueden generar la sensación de sentirse «desbordado». A partir de visibilizar ese *continuum* se ha generado una explicación más integral de la experiencia laboral y familiar y su relación con el estrés, tomando en cuenta, desde luego, el ciclo de vida, el género, el estado civil, la presencia de hijos menores de edad y la calidad de las relaciones laborales y familiares, entre otros factores (Perry-Jenkins, *et alii*, 2000; Repetti y Saxbe, 2009).

Tomando en cuenta estos paradigmas, la noción de estrés que construí alude a un proceso cuya e*xpresión varía a lo largo de la vida y depende de lo que para cada persona es una experiencia estresante o circunstancia adversa que pone en probabilidad de enfermar y, de la manera en que ésta misma persona considera que dispone de determinados recursos de resistencia —individuales y sociales— para dominarlo, tolerarlo, o reducirlo.* Conjun-

2 El término *work-family spillover*, de difícil traducción, ha sido utilizado por investigadores anglosajones, de manera general, para referir los efectos que tiene el trabajo en la interacción familiar. La investigación inicial surgió para indagar si el empleo de madres trabajadoras podría afectar negativamente a sus hijos y familiares. Sin embargo, esta suposición pintó un cuadro demasiado simplista de la vida laboral y familiar ya que la amplia investigación de las últimas dos décadas realizada básicamente por mujeres a nivel internacional (Perry-Jenkins, *et alii*, 2000; Kossek y Lambert, 2005; Repetti y Saxbe, 2009) muestra que las características específicas de los puestos de trabajo y sus experiencias, más que el trabajo en sí mismo, tienen consecuencias tanto positivas como negativas para la familia. Esta noción incluso ha generado nuevas propuestas teóricas (por ejemplo: *The Spillover-Crossover model*, véase Westman, 2002) de las que surgen modelos bi-direccionales que aluden específicamente a poner atención en cómo emociones, actitudes y conductas son transferidas del dominio laboral al dominio familiar y viceversa, tanto en un sentido positivo como negativo, considerando que esta es una aproximación más integral y eficaz para la explicación de los problemas derivados de la imbricación del trabajo y la familia (Repetti y Wang, 2009). Desde mi punto de vista, orientado principalmente por el dato empírico, se puede subrayar que los trabajadores (hombres y mujeres) se enfrentan cotidianamente a exigencias de ambos dominios que cada vez y con mayor frecuencia se imbrican y hacen implosión. Es decir, los trabajadores responden a las presiones externas e internas desbordando sus emociones, pensamientos y conductas, llevándolas de un dominio a otro pese a los constreñimientos propios del mundo neoliberal que supone y exige que todo lo que no concierne al trabajo se quede fuera de este.

tamente enuncié como hipótesis que los diversos significados del estrés, que se crean en una compleja concepción construida desde la experiencia corporal en relación con diversos contextos y en diferentes momentos históricos, se despliegan en sucesivas metáforas que posibilitan articular ámbitos que aparentemente están separados, como son el laboral y el familiar.

Metodología y grupo de participantes

Elegí estudiar a las operadoras telefónicas como grupo vulnerable ante el estrés, ya que algunos autores (Balka, 1995; Gabriel y Liimatainen, 2000) han mostrado que el trabajo que realizan, definido por jornadas prolongadas, ritmos repetitivos, monotonía y vigilancia extrema, está considerado como un «trabajo estresante». Además de ello, tengo dos razones que particularizan la experiencia del grupo para México. Una de ellas alude a su participación estratégica en el ámbito de la telefonía en México, su tradición de lucha sindical que impulsó la democracia hacia los años ochenta del siglo pasado y, por ello mismo, su capacidad de acción hacia la siguiente década, la cual buscó, a nivel político-sindical, el reconocimiento del estrés como enfermedad profesional.[3]

Tal postura constituyó en sí misma un hecho social de suma importancia que requería ser descifrado. ¿Qué significa este reconocimiento? y ¿qué significa el estrés y para quién? fueron las primeras preguntas que orientaron la intención de entenderlo desde el significado social y parti-

3 A finales de 1999 un movimiento importante a nivel de la Cámara de Diputados y de acciones sindicales, lideradas por Rosario Ortiz, militante telefonista y dirigente de la Red de Mujeres Sindicalistas tuvo lugar en la Ciudad de México con el interés de que se reconociera el estrés como enfermedad profesional para ciertos grupos de mujeres trabajadoras (obreras de la maquila, operadoras telefónicas, empleadas de bancos y taquilleras del metro). Véase reportaje «Iniciativas de ley desestiman derechos de las trabajadoras». [En línea*]* <http://www.cimac.org.mx/noticias>. 14-06-04. Actualmente podemos saber que dicha iniciativa no prosperó. Sin embargo, fue el elemento que me impulsó en los primeros años de la década del 2000 a realizar el estudio, aunque debo aclarar que difiero de dicho planteamiento, pues considero que el reconocimiento del estrés como enfermedad profesional *per se* conduce principalmente a la monetarización del riesgo, dejando de lado algo que a todas luces es central para su explicación, esto es, comprender las causas y los procesos que subyacen al estrés. En este sentido aclaro que mi intención al iniciar la investigación fue comprender las razones de su emergencia y lo que las operadoras elaboraban al respecto. Por ello se especifica que la metodología pertinente para el estudio del estrés, desde el significado que los actores le otorgan, es la del punto de vista del actor.

cularmente desde la experiencia. A partir de ello desarrollé la investigación, cuyo objetivo central fue describir y analizar los diferentes procesos por medio de los cuales un grupo de operadoras identifica, describe, denomina y maneja determinado espectro de síntomas físicos y estados emocionales bajo la noción de estrés, haciendo alusión al ámbito laboral y familiar como contextos significantes.

La investigación en campo se realizó bajo la anuencia del sindicato de Telmex, en uno de los centros laborales más antiguos de la empresa: El Centro San Juan.[4] Durante el año 2001 realicé un trabajo de campo[5] que duró más de ocho meses de labor continua, el cual, aunque se concentró en un grupo de operadoras telefónicas concebidas como las principales participantes de acuerdo con el objeto de estudio creado[6], también se orientó hacia otros actores considerados secundarios (cuatro dirigentes sindicales, tres supervisoras, dos médicos y una psicóloga).[7] En ambos casos los criterios de selección surgieron a partir de los objetivos de investigación.[8]

4 Me permitieron realizar la investigación en dicho centro, ubicado en el centro de la Cd. de México, por considerar que este no cumplía con los estándares de productividad.

5 En campo apliqué diferentes técnicas, las cuales tuvieron como actividad principal la observación participante y la realización de entrevistas a profundidad, pues mi interés inicial fue imbuirme en el mundo laboral y en el familiar para observar y describir la interacción entre los diversos actores sociales y sus explicaciones sobre las problemáticas asociadas al estrés. El hilo conductor que articula este estudio es la historia del padecimiento, por ello, además de buscar y obtener los relatos de los participantes *in situ*, busqué documentar las transformaciones del medio laboral y de sus integrantes tomando en cuenta otros elementos como documentación periodística, registros sobre salud elaborados por grupos de estudio formados por el sindicato y registro de imágenes que permitió documentar el cambio tecnológico.

6 Para la investigación en general conté con un grupo de 25 operadoras, a quienes pude entrevistar. La gran mayoría tuvo siempre una actitud participativa; sin embargo, su tiempo consagrado casi al trabajo impidió que algunas de ellas lograran explicar con profundidad la información que buscaba, pues constantemente tenían cambios de turnos o pendientes personales que les impedía cumplir con las citas pactadas. Como consecuencia, finalmente, el núcleo central del estudio se conformó por 12 operadoras.

7 Todos ellos tuvieron un papel importante, pues brindaron sus explicaciones y significados del trabajo, la familia y el estrés, lo que contribuyó ampliamente a comprender el entramado tan complejo del que emergen las principales representaciones y prácticas sobre el estrés y la enfermedad mental laboral, la cual por cierto no es atendida adecuadamente. Véase Ramírez (2005).

8 Para las operadoras los criterios fueron los siguientes: presentar síntomas relacionados con el estrés o diagnóstico de estrés, o sufrir alguna enfermedad supuestamente relacionada con el estrés. Para tener una gama diversa de expresión se tomó en cuenta edad, lugar de origen,

En este trabajo daré cuenta del grupo de doce operadoras[9], que se caracterizó porque todas tenían hijos: siete de ellas estaban casadas (Elsa, Carla, Santa, Isabel, Jazmín, Socorro y Rocío[10]) y cinco separadas o solteras (Violeta, Nora, Maya, Regina e Irma), cuya característica central es que no tenían pareja en el momento de la entrevista. El rango de edad fue de 37 a 54 años, con un promedio de 44,6 años; el de antigüedad laboral de 17 a 27 años, con un promedio de casi 21 años de trabajo.[11]

Con todos los entrevistados se abordaron diversos aspectos que tomaron en cuenta tres espacios importantes de análisis: el individual, el laboral y el familiar.[12] El eje central de la indagación fue la historia del estrés, sus orígenes, causas, síntomas, significados, denominaciones, manejos y todo aquello relacionado con su experiencia.

---

religión, estado civil, paridad, composición familiar, lugar de trabajo, antigüedad, participación sindical y, en general, condiciones de vida y de trabajo, en profundidad. Los actores secundarios se eligieron por su situación estratégica para poder acceder a las operadoras, y porque como lo he mencionado, también tienen su propia perspectiva sobre la problemática de estrés.

9 Sin embargo, a fin de mostrar un panorama más allá de la perspectiva de las operadoras, se han incluido otras miradas de actores secundarios (Chelito, la Secretaria de Previsión Social, y Sofía, la psicóloga) ya que su información es estratégica para la explicación.

10 Por razones de ética de la investigación se trabajó con consentimiento informado y para efecto de la confidencialidad de todos los participantes sus nombres han sido cambiados.

11 Todas tenían la categoría de operadora telefónica y sus funciones variaron según el departamento al que pertenecían. Por ejemplo: departamento de tráfico lada internacional (090), lada nacional (020) y departamento de información (040). La palabra lada remite a la clave de varios dígitos con los que se establece la conexión a cada sitio, se distingue por estados de la república y por países. Quizá una diferencia importante a destacar en términos de experiencia laboral no se ubique propiamente en el departamento donde se trabaja, sino en la participación sindical. En este sentido, por ejemplo, Elsa y Nora, quienes han participado en diversos cargos sindicales, mantienen una diferencia permanente en la manera en que se explican, elaboran y manejan las problemáticas emanadas del trabajo y las asociadas al estrés. Esta cuestión es importante ya que matiza las expresiones del grupo en cuestión.

12 Se realizaron entre tres y cuatro entrevistas con cada participante, las cuales variaron en extensión. La primera se efectuó durante la jornada laboral y contó con 30 minutos, mientras que las siguientes pudieron extenderse hasta dos horas a lo largo de varios meses. Es preciso destacar que aunque insistí en realizar las entrevistas también en sus hogares, en muchas ocasiones, eso no fue posible porque la mayoría de las entrevistadas pasaban más tiempo en el trabajo que en sus casas. Toda la investigación de campo fue realizada por la que suscribe.

Los primeros recorridos de campo

La elección de las operadoras fue muy interesante puesto que aunque tenía claramente establecidos los criterios, al momento de hacer los primeros recorridos de campo, Lisa, una de las supervisoras encargada de apoyarme en los inicios de la investigación, fue muy elocuente al ayudarme a seleccionar a un grupo a partir de su propio conocimiento. Por ejemplo, me decía: «Déjame ver mi lista de turnos para saber quiénes están disponibles».

Al mismo tiempo que Lisa revisaba su gráfica de turnos y echaba mano de su ágil memoria, me iba proporcionando algún nombre con teléfono, describiendo algunas problemáticas: conflictos con el cliente, conductas agresivas, aislamiento, drogadicción, etc. Me sorprendió el conocimiento tan cercano que tenía de todo el personal, pues sabía si eran casadas, solteras, si tenían hijos, si trabajaban solo de noche o si doblaban muchos turnos. Pero fue más sorprendente quizá cuando empezó a describir características más particulares de cada operadora, dejando ver la identificación que había logrado de algunas, quienes, desde su punto de vista, podían considerarse afectadas con problemas de estrés. Así empezó a señalar:

> Mira, hay que seleccionar a esta porque es agresiva, uy ¡cuidado con ella! Esta es lesbiana; esta dobla mucho; esta tiene delirio de persecución; esta trata mal al cliente; esta es la que trabaja solo de velada; esta […] intuimos que tiene problemas de drogadicción.

Todo ello conformó un marco de referencia que parecía expresar su propia noción de estrés, que de alguna manera era compartido ya por el grupo de trabajadoras.

Algunas de las operadoras seleccionadas a partir de los datos de Lisa aceptaron participar admitiendo sufrir de estrés. Otras, las menos por fortuna, se molestaron considerablemente por sentirse «catalogadas», lo cual hizo suponer el lado negativo de la enfermedad, que además presenta diversas aristas: por un lado, la posibilidad de ser consideradas incapaces de controlar sus emociones, sus vidas, en definitiva su estrés, lo cual manifiesta el poco dominio de su persona haciéndolas parecer como débiles; por otro lado, el peligro que representa considerarlas enfermas en un medio laboral en convulsión en donde se espera, todos los días, que haya despidos masivos por el avance de la tecnología.

Es posible admitir que a partir de la segunda mitad de la década de los 90 se fue agudizando la problemática de salud entre las trabajadoras, particularmente en el orden psicoemocional y mental. Y pese a reconocerse, la neurosis como enfermedad profesional característica del grupo, debido a los sucesivos *repiques*[13] a los que estaban expuestas las operadoras antes de la modernización, hasta la primera mitad del año 2001, se admitía la enorme dificultad que representaba para varias instancias sindicales demandar por dicha enfermedad.

Al respecto, Chelito, la secretaria de Previsión Social, mencionaba su punto de vista sobre el estrés de las operadoras:

> No sé que hay en el ambiente de trabajo que veo a mis compañeras tan deterioradas. Hay muchos problemas psiquiátricos, que no se han podido resolver. Me duele ver a compañeras que simplemente no pueden trabajar, ¡están mal!

Poniendo una mano encima de un cúmulo de papeles me decía:

> Mira, todos estos expedientes son asuntos que están con problemas —compañeras que vienen mal—. Se ve luego, luego que algo no está bien con ellas. Dejan de arreglarse, de bañarse, están como perdidas. Y lo que tenemos que hacer es canalizarlas a psiquiatría y empezar a ver que las atiendan bien. Pero la verdad es que es tan difícil pelear la legalidad de una enfermedad.

Este ambiente laboral, considerado cada vez más como «estresante» era experimentado por numerosas operadoras, pero sin tener claro de qué manera. Una de las primeras indagaciones hecha por ellas mismas proviene de la acción de Nora como delegada sindical. En sucesivas entrevistas ella mostró con claridad lo que en el año 2000 venía ocurriendo con las operadoras telefónicas ante el cambio tecnológico[14], distanciándose de lo que sus compañeros del Comité Ejecutivo Nacional (CEN) del Sindi-

13 Descargas sonoras que afectan el oído provocan mareos, desmayos e, incluso, pérdida momentánea de la memoria, como indicaron algunas informantes. Se supone que la nueva tecnología evitó este tipo de problemas que era muy recurrente con el sistema analógico. La mayoría de las entrevistadas relató haber tenido alguna experiencia al respecto recordándolo como un problema de salud severo, aunque poco atendido, pues realmente mostraron poco conocimiento sobre las causas de los repiques para ese momento (década de los 1980).

14 En julio del 2000, el Sindicato de Telefonistas de la República Mexicana STRM cumplía 50 años, para lo cual realizó un congreso en el que Nora participó con una ponencia en la que expuso, por primera vez y ante sus bases, la compleja problemática de salud de sus compañeras.

cato manifestaban sobre las operadoras, ya que ellos afirmaban que los problemas de estrés podrían ser atribuidos a que la mayoría de ellas era «menopáusicas» y, por el contrario, con mucha seriedad, ella manifestaba que tales problemas provenían claramente de la multiplicidad de roles que las operadoras jugaban y las exigencias de estos mismos. Por ello se dio a la tarea de documentar cuáles eran los principales problemas de salud, apuntalando algunas causas entre las que destacó en primer lugar el tipo de trabajo repetitivo, tedioso, prolongado y excesivamente vigilado, considerando que esto era lo que estaba ocasionando que sus compañeras:

> Sufrieran de muchos nervios, de un alto nivel de estrés porque hay mucha irritación, enojo, injusticia, que yo observo en sus comportamientos. Desde mi punto de vista hay tres tipos de operadoras: las agresivas, las ensimismadas y las que se aíslan… Pero las que más me impresionan, son aquellas compañeras que tienen un comportamiento de aislamiento. No se comunican, no hablan. Las compañeras llegan y se sientan y están en su posición sin comunicarse, es como si tuvieran miedo a las demás y ¡esa forma de encapsularse!… es como si estuvieran idas.

Con una gran sensibilidad y conocimiento sobre la problemática, Nora dejó en clara la gran necesidad de atención psicológica para las operadoras.[15] Sin embargo, ni la empresa ni el sindicato respondieron institucionalmente, por lo que ella consiguió que una persona pudiera ofrecer atención psicológica aunque fuera en un consultorio prestado en las instalaciones del sindicato.

De esta manera llegó a las instalaciones del sindicato Sofía, una mujer de 28 años, sumamente amable y abierta, quien a menudo se mostró no solo como psicóloga, sino también como mujer joven, soltera, sin hijos, católica pero no practicante, con muchas ganas de apoyar a las mujeres necesitadas y con ansias de cambiar su situación. Su estancia fue un arreglo informal —digámoslo así—, y su atención hacia las operadoras fue dándose a conocer de boca en boca.

Nora era la que más hablaba de las impresiones iniciales de Sofía en aquellos primeros meses del año 2001;

15 Nora argumentó que de la misma manera que el problema de alcoholismo entre los telefonistas (varones) había sido apoyado por el sindicato desarrollando un programa especial de atención en una finca de retiro en el estado de Hidalgo, las operadoras debían ser apoyadas con atención psicológica para comprender y manejar sus situaciones de estrés.

> Sofía dice que lo que ve con muchas mujeres es que, faltas de amor, comprensión y soporte por parte de sus parejas, las orillan a tener comportamientos dañinos como alimentarse mal y dejarse engordar, o beber, o las drogas, y se van para abajo con la autoestima. Además, con los hijos, como hay ausencias de atención y según esto de amor, se empieza a poner más énfasis en lo material, dice: «Como no te vi, mi chiquito, te compré esto; como no te he visto, te regalé lo otro», o todo lo resuelven por teléfono. Tal vez… sí es así, pues qué otra queda que estar pendiente del teléfono para ver cómo están las cosas en la casa cuando una no está, esa es una gran verdad, pero yo creo también ¡que hay que ver!, porque como te digo también estar en el trabajo es un acto de amor, aunque no se vea así.

Sofía trabajaba solo por las mañanas, aunque de cuando en cuando hacía citas por la tarde debido a los turnos de las operadoras. Cobraba entre 30 y 50 pesos la consulta y, aunque esto era supremamente accesible, decía que quizá no a todas las operadoras les gustaba saber o aceptar que tienen problemas; sin embargo, reconocía que muchas de ellas quizá por su situación crítica y autocrítica sí se acercaban a ella. [16] Su participación en la investigación fue crucial, pues contribuyó a dar una panorámica de lo que ocurre con las operadoras, aunque también dejó ver lo que desde la psicología se aprecia como problemática de las mujeres trabajadoras, subrayando con facilidad los roles estereotipados y, de alguna manera, contribuyendo a perpetuarlos, pues en síntesis mencionaba que el problema de las operadoras era atribuido, en mucho, a ellas mismas por la baja autoestima generada por problemas con sus parejas, por violencia o por infidelidad de dichas parejas, o bien por un mal comportamiento de sus hijos.[17]

16 Aparte de preguntarle su opinión sobre lo que ella pensaba que podía explicar el estrés de las operadoras, le pedí que comentara las razones por las cuales las operadoras solicitaban su servicio, cómo y por qué llegaban a él, cuáles eran los problemas comunes, qué respuestas daban una vez que iniciaban la terapia y si se daban cuenta de lo que les estaba ocurriendo. Pregunté explícitamente si ellas se acercaban a pedir atención por causas del estrés o si eran canalizadas por alguna instancia. Al respecto mencionó que, salvo en algunos casos de varones con problemas de adicción, las operadoras llegaban por su propio interés de resolver sus problemáticas.

17 Retomando lo que Waitzkin (1991) ha mencionado sobre el encuentro médico, me parece que en la atención psicológica también podemos afirmar que, como tendencia mayoritaria, los psicólogos ignoran o no toman en cuenta de manera crítica las fuentes contextuales del sufrimiento, con lo cual lo que hacen es reafirmar las expectativas dominantes de la sociedad en general, o del contexto laboral en el que se disputan las relaciones jerárquicas y las de

Por ejemplo, ella insistió en que nuestra sociedad no admite todavía la cuestión de que las mujeres trabajen y dejen a sus hijos solos, y que ahí estaba el problema con que muchas llegaban al consultorio. Entonces Sofía afirmaba que «claro, como son madres de teléfono, porque no están con los hijos, luego los malcrían porque resuelven las ausencias con mercancías, con dinero».

En cambio Nora no compartía esta opinión, dejando ver con claridad los dos ámbitos de significados imbricados de manera compleja:

> Yo no comparto la idea que tiene Sofía sobre la baja autoestima de mis compañeras… Supongo que no todas las problemáticas son así. Pero, vamos, insisto en que el problema que estamos viviendo no solo se debe a la situación familiar que hace estallar por diversas partes el estrés, o como le quieras llamar. Yo considero que son los diversos roles que estamos llevando, como mujeres, trabajadoras, jefas de familia, sindicalistas, ¡qué se yo cuántos!, hasta contadoras o administradoras oficiales del hogar, porque ¡de veras que cuando me organizo las tareas que tengo que hacer me doy cuenta de la cantidad de actividades que yo sola atiendo! Por eso no estoy muy de acuerdo con que nuestro problema sea básicamente de autoestima baja. No niego que se esté dando eso, lo que creo es que el problema de las operadoras no es debido a la autoestima baja generada porque sus maridos les ponen el cuerno o las golpean, o las tratan como «unas cualquieras». Eso es lo que están manejando desde el comité sindical. Lo que creo es que los problemas del trabajo y los de la familia te asaltan, te atrapan en situaciones difíciles, y un día que no los puedes controlar, te hacen estallar. Para mí eso es estrés, que va a salir de muchas maneras.

El propósito de describir, aunque brevemente, las diferentes perspectivas está en mostrar algunos elementos que se ponen en juego para la explicación del estrés laboral. Como lo he mencionado anteriormente, tomé como eje de la indagación la historia del padecimiento y busqué ex profeso describir y analizar el trabajo y la familia como contextos significantes. Una de las preguntas iniciales fue cómo el estrés se expresaba en sus cuerpos y cuáles eras las razones de dicha expresión. Y como problematización

---

género. Esta crítica es válida sobre todo al advertir que los estudios sobre madres trabajadoras se dirigieron primero que nada a estimar cómo su trabajo podía afectar primeramente a los hijos, sin tomar en cuenta cómo el trabajo podía ser un contexto de sufrimiento para ellas y sobre todo cómo este contexto de sufrimiento se puede extender a la familia y viceversa, entendiendo que esta relación podía estar de alguna manera relacionada con problemas de salud psicoemocional de los trabajadores.

para este trabajo encontré que aunque las operadoras afirmaban de entrada que el trabajo es la principal causalidad del estrés, a lo largo de todos sus relatos, el trabajo y la familia, se encuentran haciendo una verdadera implosión y manifestándose en una expresión de emociones desbordadas que a menudo son explicadas de diferente manera por los actores sociales, dependiendo de su sitio y función en el ámbito laboral.

Toda la información obtenida se desagregó para orientar la indagación sobre significados y valores de los eventos en cuestión, y para mantener una línea comprensiva del mundo significante de las operadoras, generado en la intersubjetividad. Toda la información se codificó e interpretó a través de categorías analíticas previamente elaboradas.

El trabajo de operadora telefónica y el conocimiento convencional del estrés

En México, el trabajo de la operadora telefónica estaba considerado desde hacía mucho tiempo un buen trabajo para las mujeres porque no requería demasiada preparación, y representaba un buen salario y buenas prestaciones logradas gracias a la participación sindical. Además, la organización del trabajo basada en la rotación de turnos, en un sentido, se ha considerado como una característica positiva desde la perspectiva de las propias operadoras, pues les permite regular su trabajo en función de sus necesidades personales.[18]

Estas características orientan a las operadoras a concebir su trabajo de dos formas: primeramente, como aporte económico que les permite acceder a ciertos satisfactores para la vida y así adquirir un mejor estatus social y solo secundariamente, como un lugar para la realización personal.

La concepción del trabajo como autorrealización o como estresor depende en buena medida de tres cuestiones. Una, del tránsito hacia la modernidad, que implica en el medio laboral la aplicación de nuevas tecnologías y, por ende, de una organización laboral diferente que va incorporando una idea nociva del trabajo bajo la noción de estrés. Dos, de la creatividad o de las limitaciones que impliquen tales cambios a las trabajadoras. Tres, de la respuesta personal de las trabajadoras ante dichos cam-

18 La jornada laboral es de 40 horas semanales. Debido a las necesidades de atención continua, los días de descanso no son sábados y domingos de manera generalizada, sino que se rotan para todas las operadoras, y solo cuando han logrado más de 24 años de antigüedad, ellas pueden elegir el turno de trabajo y los días de descanso como fijos.

bios, que tienen que ser analizadas también en relación a su vida personal, con los diferentes roles que juegan y los apoyos sociales con los que cuentan y que inducen a estimar al trabajo como un medio de autorrealización o como estresor o bien desde una perspectiva dinámica en la que ambas circunstancias se expresan.

El cambio tecnológico generado en Telmex hace aproximadamente casi tres décadas, si bien implicó por una parte la mejora de las condiciones laborales ergonómicas de la operadora, por otra favoreció, en estricto sentido, a elevar la productividad enfrentado cotidianamente a las operadoras hacia la pérdida de control sobre su trabajo, la descalificación y recalificación de diversas categorías, la simplificación de tareas, la violencia laboral, el acoso psicológico, sexual y moral e incluso la pérdida de motivación e insatisfacción en el trabajo**.** Estos elementos contribuyen a la aparición del estrés y, desde mi perspectiva, se complejiza en la articulación del ámbito laboral y familiar como contextos significantes.

Considero que una posibilidad de visibilizar la articulación de ambos contextos se logra enfocando la narrativa (Ramírez, 2010), cada vez que narrar permite articular, alrededor del padecimiento, diferentes circunstancias, momentos, situaciones y personas, así como a la propia persona en su calidad de enferma, haciendo uso de su ir y venir en el tiempo. La narrativa fue un medio poderoso de comunicación que proveía de significado a la experiencia y cuya riqueza se captaba en la reconstrucción del pasado, la explicación del presente y la anticipación del futuro, con lo cual era posible advertir no solo la explicación del padecimiento —aunque este sea el principal interés—, sino también las transformaciones que sufrían las telefonistas en su cuerpo y en su yo ante el hecho de que la enfermedad fuera real o imaginaria (Mattingly y Garro, 1994).

A lo largo de dos décadas, las telefonistas en conjunto fueron constituyendo el estrés y sus diferentes respuestas, sorteando su «ser trabajadora» y su «ser mujer». Así, para la mayoría de ellas, el estrés pervive como un ente más en el medio laboral que se ha apoderado de ellas. De las operadoras a las delegadas circula la idea de que el estrés emerge del trabajo. En la primera reunión informal en la cual expliqué el interés del estudio, algunas operadoras manifestaron aceptación ya que percibían un clima de trabajo hostil que se ejemplificó con la afirmación «qué bueno que se va hacer ese estudio, porque aquí todas estamos bien neuróticas, sí de verdad, ¡bien histéricas!»

Algunas abiertamente se acercaron a mí para mostrar en sus cuerpos las evidencias de lo que ellas consideraban que era el estrés: caída de pelo, manchas en la piel, problemas digestivos, de circulación, tics, manías, insomnio y «comportamientos extraños».

El estrés como problema, como nervios o como irritabilidad, envidia y baja autoestima, fue conformando una amplia red semántica que evidenciaba situaciones, síntomas y sentimientos que iban configurando el significado para quien lo sufría. Fue mucho más evidente la expresión del estrés desde lo objetivo, como los síntomas anotados arriba. No obstante, también, desde el lado oculto, estuvo el otro significado, el de aquellas que en la discreción, hablaron del estrés como emoción, del estrés como control, del estrés como vigilancia y del estrés como protesta de género, constituidos en las relaciones jerárquicas entre supervisora y operadora y en la vida diaria con sus parejas. Asimismo se definió el estrés como la expresión de una escisión entre el ser trabajadora y el ser mujer.

Explicaciones de estrés en el ámbito laboral

La descripción más potente y enérgica se expone al representar el microcosmos laboral, ya que este aparece inicialmente desde un enfoque negativo, como verdadero agente provocador de estrés. Y es el ambiente laboral, referido básicamente a las relaciones interpersonales entre jefas y subalternas y entre estas mismas, el que toma el primer renglón de asociación al estrés. La vigilancia y control de los cuerpos «como máquinas», dicen Carla, Cora y Maya, es una forma de irritación cotidiana.

Otro punto es que ante el argumento de que «el cliente siempre tiene la razón» las operadoras sienten desvalorizado su trabajo, cuando no les creen que el problema lo generó el cliente. O bien cuando ante el gran número de llamadas liberadas, ellas explican que son presa de acoso por parte de llamadas obscenas, y las jefas tampoco lo consideran un argumento sólido y verdadero.[19] Esta cuestión, junto con el control y vigilancia

19 El sitio del cliente que en realidad toma una forma imaginaria, por el tipo de relación, es hoy una problemática para la empresa que genera estrategias agresivas ante la competencia para mantener y captar nuevos clientes, mostrando la mejor cara de la atención. Por esta razón, la ideología que impera es la de la atención clara, amable y rápida, así que no solo hay presiones del cliente, sino también de los tiempos estipulados para una llamada. Quiero hacer notar que la mayoría de las entrevistadas argumentaron ante el número de llamadas

aplicados para lograr las metas de productividad, las llena de cólera, pues nunca se sienten comprendidas.

Inequidad, favoritismo y hostigamiento psicológico son otros ingredientes más que conforman el enojo y la irritación general de aquellas que no tienen tratos con las supervisoras y jefas. Y todo ello junto con un trabajo descalificado, monótono, tedioso y prolongado contribuye a conformar el cuadro completo para el más evidente malestar corporal, social y moral del grupo de participantes.

En torno a las apreciaciones sobre la causalidad laboral como productora de estrés, todas las operadoras afirmaron dicha causalidad apuntando el trato hostil que cotidianamente se vive en el trabajo, generado por relaciones interpersonales empobrecidas, dañadas o conflictivas; por el sistema de control y vigilancia para lograr la productividad, y además por el tipo de trabajo rutinario, monótono y sin creatividad. No obstante, se observaron pequeñas diferencias respecto a la consideración del trabajo como experiencia estresante, dado que por ejemplo las operadoras de información (040) y quejas (50) tienen más trato con el cliente y ellas asumen que dicho trato se torna conflictivo, pues hay un desfase en el manejo de las emociones dado que ellas tienen que atender al cliente de manera afable pese a la grosería con la que eventualmente pudieran ser tratadas, y estas condiciones generan mayor percepción y experiencia de estrés.

En cuanto a las operadoras de lada nacional (020) e internacional (090), la experiencia de estrés parece pasar por los tiempos de solución a las llamadas, desde luego también por el trato que reciben; pero, mientras estas hacen énfasis en las groserías y los ataques verbales sexuales de los que son presas durante toda su jornada, minimizan en un sentido los efectos de los turnos y la rotación de turnos sobre todo cuando se hace

---

liberadas y la atención al cliente que, a menudo, recibían llamadas obscenas que les afectan emocional y moralmente y que eso la empresa no lo tomaba en cuenta. En virtud de que ese asunto es de difícil comprobación, pues no está permitido grabar las llamadas, a mí tan solo me estaba sugiriendo una respuesta potenciada imaginariamente. Es decir, no es que no crea que ocurra, pero en virtud de su recurrencia y énfasis, me resulta más como una estrategia de las operadoras ante las presiones del control. Algunas operadoras mencionaron lo mucho que afectaban dichas llamadas; otras de manera más tranquila simplemente señalaron: «Yo las libero y punto, no me afectan».

evidente que doblar turnos o trabajar el de otra compañera[20] significa ganar un poco más de dinero y mejorar con ello el salario.

Resultó de manera relevante que las operadoras en su mayoría no aceptaban la parte negativa de los efectos de trabajar doble o triple turno, de la rotación de turnos y turno nocturno cuando estos se asociaban a ganar dinero, pero sí se advirtieron como negativos y mostrando sus efectos nocivos cuando fueron claramente reflexionados en relación al funcionamiento de la familia y de las relaciones familiares-afectivas. En ese sentido, el trabajo nocturno y la rotación de turnos tienen su impacto negativo justo cuando se mira la manera en que sus efectos influyen en el ámbito familiar.

Según lo que se puede resumir de las narrativas de las participantes, los turnos nocturnos se trabajaron sobre todo cuando los hijos tenían entre 1 y 10 años, pensando en que esos son los años que requieren mayor atención. Todas las participantes que ahora tienen hijos adolescentes empiezan a hacer una reflexión interesante sobre su ausencia (por las tardes) en estos años, pues empiezan a enfrentar problemas de baja escolaridad e incluso de drogadicción. Este asunto, aunque no es generalizado, se empieza a ver en hijos de madres solteras como es el caso de Maya y Nora, quienes sostienen que, por una parte trabajar tantas horas puede ayudar a la economía familiar, sobre todo si su salario es único, pero también trae como problema el descuido de los hijos que se aprecia tan solo cuando empiezan a llamarlas de la escuela o cuando ellas mismas descubren en sus hijos comportamientos extraños que perfilan problemas de adicción.

No quiero decir que las operadoras nunca mencionaron el problema de los turnos, porque efectivamente lo mencionaron como un problema serio, pero en el sentido de la rotación y movilidad generado por la organización laboral. Esta cuestión sí es un verdadero problema asumido y vivido por cada una de las mujeres, sobre todo las casadas y con hijos, en función de negociaciones permanentes con sus parejas, para el reacomodo diario de la función del hogar ya que los turnos se cambian cada semana

20 El trabajo POR quiere decir doblar turnos trabajando los de otras compañeras. Está muy solicitado por todas las operadoras excepto las de 050, que trabajan solo un turno matutino. Resulta muy atractivo, pues ante necesidades económicas personales y familiares, representa una oportunidad para cubrirlas. Por ello el trabajo POR no es considerado dañino; lo que sí afirman como problema es la rotación de turnos, cuestión que para muchas representa la alteración permanente de la dinámica familiar.

y, en consecuencia, los horarios se desajustan no sólo de manera personal sino también familiar.

Recapitulando, quisiera destacar que si bien las operadoras advierten la organización laboral como una circunstancia que incide directamente en la precipitación de estrés, su mayor atención está puesta en las relaciones interpersonales dañadas, generadas de manera compleja entre las exigencias laborales, la competencia y las envidias.[21] En este marco, llama la atención que con relación a los turnos como provocadores de estrés, se advierte su problemática solo en función de la rotación, pero no en función de la cantidad de horas trabajadas. Quizá en la definición de estrés que una de las operadoras —Nora— hace pueda explicar mejor lo que se vive en el mundo laboral:

> Para mí, yo estoy convencida de que el estrés existe y es un problema colectivo. Algunas compañeras quizá estarán de acuerdo en que existe, pero tal vez lo viven como su problema individual. E incluso pueden decir que es por el estrés, sin saber bien qué es eso. Pero lo más interesante es que lo manejan como mi problema, como si dijeran yo ser aislado e individual, tengo una serie de afecciones que se deben a que mi ser está deficiente, pero jamás lo vinculan… Algunas otras lo trivializarán, es decir que ya es un problema generalizado, pero saben que se da. A nivel individual yo ubico el estrés como una serie de circunstancias, de apremio fundamentalmente y de presión, que orillan a un ritmo de actividad intenso donde el tiempo es limitado y a veces hasta el contacto con tu familia está limitado, la convivencia está limitada y a veces contagias a los que están cerca de ti, de esa sensación de que todo es aprisa, aprisa. Y odias el reloj, ¡ese maldito reloj checador! El estrés es ansiedad, un nivel de ansiedad a veces incontrolable. Pero esta ansiedad, yo siento que no siempre ha sido igual, siento que se ha producido un cambio que quizá no te lo voy a decir muy claramente, pero que yo creo que tiene su origen en el cambio del analógico al digital.

La familia como figura fondo del estrés laboral

En la búsqueda de los factores explicativos de estrés, consideramos teóricamente la idea de que tanto el dominio del trabajo como el de la familia estaban imbricados como contextos significantes ya que los seres huma-

21 El tema de la envidia como categoría explicativa del estrés laboral ha sido abordado en otro trabajo véase Ramírez (2007b).

nos sienten, piensan, actúan y expresan sus circunstancias en todos los ámbitos de sus vidas con ciertos constreñimientos, aunque con la imposibilidad de responder de manera mecánica. Consideramos, como lo ha apuntado Lambert (1990: 242,) que «los trabajadores llevan, a su vida familiar, las emociones, actitudes, habilidades, y conductas que desarrollan y establecen en el trabajo», destacando de la misma manera (Ramírez, 2010) que las emociones, actitudes, habilidades y conductas familiares se expresan de alguna forma en el trabajo, pese a sus propios constreñimientos.

Aunque de entrada todas las operadoras entrevistadas apuntaron que la explicación de estrés se define en marcos laborales, diversos elementos fueron confirmando, cómo aún sin querer y por más que se sigan las normas de la nueva cultura laboral que ha hecho explícito, que a pesar de que la vida personal-familiar debe quedar fuera de la sala de trabajo en aras de la productividad, la realidad muestra que esta se cuela de manera persistente al mundo laboral. En el trabajo de las operadoras, esta separación de la vida laboral y familiar está marcada por la restricción que estas tienen en el uso de la posición (su sitio de trabajo) para hacer llamadas personales, en la utilización del tiempo de trabajo para resolver problemas personales (por los teléfonos de las salas), en el control de las emociones y en la inexistencia de permisos para faltar por motivos personales.

De hecho, toda conceptualización de estrés laboral parece apoyarse en esta noción de separación tajante entre la vida laboral y familiar, enunciando como principales elementos para su comprensión únicamente aquellos que emanan del trabajo.

Sin embargo, durante el trabajo etnográfico, pude observar que si bien las problemáticas emanadas del trabajo son las principales causantes de las respuestas de estrés, resulta imposible soslayar cómo las preocupaciones provenientes de la familia se muestran de diversas formas en el trabajo. Desde la narrativa de las operadoras pudimos advertir estas cuestiones, pero también desde la perspectiva de Sofía.

Sofía manifestó que uno de los principales problemas por los que las operadoras la buscaban era para tratar de resolver problemas básicamente familiares. En sus primeras apreciaciones sobre el trabajo dentro de Telmex, su mirada resultó relevante, pues desde otro ángulo observaba la oposición entre el mundo material del trabajo, en el cual se exige la economía de las emociones y la asepsia de todo evento proveniente de la familia,

y el mundo emotivo de las operadoras del que emerge precisamente esa necesidad de ser vistas como seres humanos. Así se expresaba:

> Muchos de los jefes se olvidan que los trabajadores son seres humanos. En este corporativo, vas a encontrar que el lado humano lo están haciendo a un lado, lo están colgando en el perchero y ahí se queda. La familia no entra… Las operadoras no pueden pensar, no pueden sentir cosas que no sean del trabajo, si tienen problemas en casa ahí los tienen que dejar, si tienen problemas de salud los deben dejar a un lado, lo que ellos piden es rendimiento.

Después de mostrar un panorama de lo que la empresa les exige a las operadoras, Sofía describió los principales problemas por los que estas vienen a su consulta: problemas de pareja, bajo rendimiento escolar de los hijos y soledad afectiva, aunado al estigma social y la baja autoestima por considerar que, en conjunto, este sector social conformado por las operadoras está formado, en su mayoría, por mujeres solas convertidas en jefas de familia y, en el menor de los casos, por mujeres casadas que aún con ello se convierten en proveedoras del hogar por numerosos aspectos que reflejan una vida familiar compleja, pues los maridos a menudo reclaman y generan conflicto porque no les gusta que sus mujeres trabajen todos los turnos o que ganen más que ellos.

Respeto a la relación trabajo-familia que se dirime de mejor manera si entendemos las exigencias de los roles sociales, Sofía muestra una imagen interesante del ser trabajadora-madre al mencionar estas palabras:

> La mayor parte de las mujeres que trabajan en este corporativo obviamente son madres de familia, y ¡son jefas de familia! Son madres de teléfono, el teléfono es la mamá, vía telefónica arreglan todo; «Ya llegaste, ya comiste, a dónde vas, ya hiciste tarea». Todo es vía telefónica, así que aunque se diga que deben dejar sus problemas en casa, estos entran vía telefónica, o por otras vías al trabajo, están acompañándolas todo el tiempo, para bien, o aunque yo creo que más para mal. Pues son preocupaciones permanentes, ¿cuáles? Yo atiendo básicamente problemas de pareja, pero también problemas de los hijos, bajo rendimiento escolar, rebeldía, agresividad. El primer problema por el que vienen estas mujeres, que además son en su mayoría mujeres solas o que han tenido varias parejas, es por lo que está ocurriendo con los hijos. Después le rascas un poquito y es toda la problemática de la pareja la que sale. Por eso tienen muchos problemas de estrés.

Sofía mostró con numerosos ejemplos que los principales problemas por los que las operadoras se acercan a pedir ayuda profesional están en la familia. Pocas veces mencionó la problemática de los ritmos de trabajo,

la exigencia de la productividad, la monotonía, la vigilancia, las problemáticas interpersonales, etc. Sin embargo, desde la perspectiva de las operadoras, el malestar emocional se encontraba en el trabajo básicamente por aquellos elementos que hoy definen el trabajo de la operadora, pero también por las exigencias de la empresa, que impulsa una cultura laboral que exige el control de las emociones y el rendimiento máximo del sujeto hacia el trabajo y para ello todo lo demás debe quedar fuera. Aunque en principio todas las operadoras entendían el deber ser, les parecía que era imposible dado que, como mencionó Carla, ella no podía responder como una máquina. Así lo describió:

> A mí lo que realmente me afecta es que aquí no hay permisos para nada. Si tienes un problema familiar, una necesidad de estar con tus hijos, por situaciones difíciles, no es posible, aquí tú eres una máquina y las jefas de muchas maneras insisten y te dicen: «Sabes que aquí tú eres un número más, nada más». Ese tipo de cosas a mí me ha afectado muchísimo y en un tiempo me quedaba trabada, no podía ni hablar. Me afectó tanto que repercutió en mi salud.
>
> Ahora ya he aprendido hablar… Una vez le contesté a la jefa: «Yo no soy un número más, yo soy una persona, soy un ser humano y cómo es posible que si yo doy un pie afuera de Telmex yo soy una persona con un reconocimiento humano, yo soy la cabeza de una casa, soy el ejemplo de mucha gente y para usted yo soy un número más». Después que me escuchó hablar se quedó «de a seis» y luego me enteré que dijo: «Es que yo nunca pensé que ella tuviera ese pensamiento» […] No, no lo piensan porque te enclaustran, eres una operadora y hasta ahí no tienes derecho a más. Es obvio que la gente muchas veces, después de que nunca te escucha hablar, se impresiona sobre todo porque se dan cuenta que piensas, que sientes…

Desde otro punto de vista, al hablar de su mundo familiar las operadoras mostraron la importancia que tiene la discreción, dado que los triunfos y fracasos familiares también son motivos para generar rivalidades. No obstante, durante las entrevistas, la vida familiar y sus exigencias emanaron poco a poco en una narrativa en ocasiones parca y contenida. En los casos de Jazmín, Rocío y Socorro parecía indicar una enorme barrera difícil de derribar; en otras, como es el caso de Isabel, Carla y Santa, derivó en explicaciones densas narradas con sufrimiento sobre su rol de madres, sus relaciones maritales y sus conflictos actuales; también aportaron descripciones que aún en medio del bienestar destacaron las insatisfacciones de algunos roles, como en el caso de Elsa, quien a pesar de

preocuparse por no «ostentar» entre sus compañeras, su buena situación familiar fue capaz de enunciar en las diferentes entrevistas los conflictos existentes entre ella y su marido y aquellos que encuentra en su ejercicio como madre.

Entre todas las participantes, la vida familiar entra en el trabajo con sigilo, con mucha cautela, y a veces sin querer pues todas han aprendido que los problemas de la familia se quedan fuera. Las razones de la autocontención[22] se definieron al mencionar que la vida familiar no entra al trabajo para «no dar de qué hablar», como diría Socorro; para cuidarse de «no ser catalogadas», como apuntaron Jazmín, Rocío y Carla; porque, a decir de Maya, los asuntos familiares deben quedarse ahí y no venirse a presumir al trabajo; o como en el caso de Elsa, por una actitud de discreción y moderación dado que es la única cuya situación familiar puede parecer envidiable por estar en condiciones favorables. De cualquier forma, está claro que en la práctica misma es imposible guardar los sentimientos, las emociones y las expectativas generadas en ese otro ámbito que está vedado en el trabajo.

Durante mi investigación de campo pude advertir los cambios emocionales y las problemáticas diversas que embargaban a las entrevistadas. Por ejemplo, Santa, quien había sido elegida por Lisa por su ausentismo y angustia permanente por los problemas de salud de su marido, mostró al inicio de las entrevistas un trato cordial y fue muy participativa ante todas las preguntas que le hacía. Ella era muy descriptiva y sin cortapisas mostraba lo que no le gustaba del trabajo e iba dejando claro que en el ambiente laboral estaban los principales problemas que originaban estrés. A medida que avanzamos en los encuentros, Santa fue mostrando sus puntos débiles, pues la problemática que vivía respecto de las consecuencias del choque de su marido la tenían muy nerviosa. Así lo expresaba:

> El día que chocó mi esposo en la micro[23] dicen que iba borracho. Yo estaba trabajando, no me pude salir hasta terminar mi jornada. Me tranquilicé y he tenido que resolver muchas cosas, una por una, y no te puedes dejar caer, llorar y llorar. No, más bien hay que dar la cara e ideas para resolver. Todos lloran y se lamentan, él mismo me tiene ya muy agobiada porque está muy nervioso y angustiado de saber si perderá su pierna o quedará limitado o qué.

22 Noción que he elaborado para la explicación.

23 Se refiere al microbús que transporta pasajeros en diferentes rutas dentro de la Ciudad de México.

> Llevamos meses en esta situación, entre el hospital, las cirugías, la angustia de él y de los niños, y aquí la única fuerte soy yo. Estoy como siempre, trabajando todo lo que puedo y no tienes idea cómo le pido a él que no se descanse tanto en mí, sino no voy a poder con el paquete. En estos días me criticaron porque les dije a los niños, que tienen 17, 16 y 13 años, que tienen que participar. Y ahora le dije a mi esposo: «te quedas con los niños y que ellos te lleven al hospital». No faltó la respuesta de que «es que están muy chiquitos». Pues sí, pero nos tenemos que ayudar los unos a los otros, no siempre van a depender de mí, no… Tienen que ver que pueden hacer o que no, en tanto yo voy al trabajo y cumplo con esa parte que ahora es muy necesaria para todos los gastos.
>
> Y ahí vengo al trabajo, con todos estos problemas, y ¿tú crees que aquí me van a decir: —«Sí, váyase a cuidar a su marido, no se preocupe»? No, ¡para nada! Al contrario, aquí no les importa nada de eso, pero yo veo como le hago para poner mi mejor cara, para resistir todas las horas sin que me ponga de malas…
>
> Y ahí voy a la casa, con toda la regañada por lo de siempre, que hay que atender rápido al cliente, que no se logran las metas, o con la tristeza que no saqué la productividad. ¿En qué momento estallaré?… ¡no sé!… Bueno, ya me ha pasado, es lo de siempre que me pone de malas, pero muy de malas. Mira…, se supone que debes de dar un trato amable al cliente, debes de ser, aparte de amable, rápida; aparte de que seas rápida, que trabajes muy bien, si no lo haces te están monitoreando allá, si te tardaste porque le hiciste su cuestión al abonado de este y el otro, vienen y te dicen: —«¡Te estás tardando mucho en el proceso de la llamada!, ¡mejora tu voz!…». Y tú con tus problemas, con todo lo que traes de tu casa…¡uff!
>
> Así que un día, de tanto que te están duro y dale, me acuerdo que le grité a la jefa: «¿¡Quieres rapidez o quieres calidad!?» Y fue un agarrón porque me respondió a grito pelado y altanero: «¡Pues quiero las dos cosas, por eso te pagan!». Me mandaron llamar, primero me acusaron de que no doy mi nombre, no cumplo con la fraseología, me tardo mucho con el abonado, etc., etc. Terminé diciendo que estaba muy estresada por lo que le pasa a mi esposo, que me siento muy presionada y triste y por eso no estoy rindiendo bien…

Recuerdo que en esos momentos del relato, Santa se sentía furiosa ante el acoso y la constante envestida de las supervisoras. Le parecía injusto el trato que le daban porque ella era consciente de que los ritmos, las exigencias y el trato despótico de las supervisoras eran los causantes de su estallido, y que de alguna manera se exacerbó con su propia problemática. No obstante, al final del relato ella considera que no le quedaba más que aceptar que su respuesta se debía al proceso personal de angustia por

su situación familiar, tal vez considerando en el fondo que su acusación «atemperaría» la actitud de las autoridades.

Para entender la imbricación de los dos mundos, Nora compartió algunas reflexiones generadas en la conversación con Elsa, ambas operadoras de lada internacional, destacadas por haber sido varias veces delegadas sindicales. La primera mencionaba una problemática compleja que va y viene de un sentido a otro, es decir, del trabajo a la familia y viceversa. Mientras la segunda, apoyándose en la idea de que las operadoras tienen en general un problema de baja autoestima, consideró que el estrés proviene básicamente de fuera, es decir, es traído al trabajo y se complejiza con las propias exigencias de este. Desde estos planteamientos resulta ilustrativo ver cómo en una conversación entre ambas se puede ver las diversas miradas sobre el estrés. Así lo expone Nora de manera resumida:

> Yo observo un malestar que parece generalizado, creo que se debe a que se acusan unas a otras de tener mejores condiciones cuando en la realidad todas estamos igual. Esto me llevó a platicarlo con Elsa, quien ha estado en grupos de análisis, además está en mi centro de trabajo, en la Terminal oriente. Tengo mucha relación con ella, básicamente por el trabajo, pero yo la respeto mucho y la estimo, porque es una mujer muy inteligente y entregada.
>
> En estos días, hablábamos del estrés. Ella me decía: «Es que a veces el trabajo es la forma de descargar lo que traemos de fuera. Todo lo que ocurre en la familia se trae para el trabajo y de alguna manera estalla, porque las compañeras sufren muchas veces la situación con sus maridos, o con sus hijos que ahora se les ve muy abandonados, entonces en el trabajo las problemáticas de crisis de nervios se dan».
>
> Yo pensaba, mientras ella me hablaba, que en realidad son muchas cosas que ya lo determinan: la familia, el entorno, el ambiente. Yo creo que es una situación muy compleja. Sí es cierto que muchas veces uno trae un problema atorado y a la menor provocación es un «estallido», sale en forma de llanto o de gritos, o de enojo. Pero también en el trabajo están sucediendo cosas muy duras en las que cotidianamente estamos involucradas y que sufrimos. Es decir, yo lo veo como de los dos lados, y ella más bien decía: «El problema no es de adentro hacia fuera. Para mí, el problema fundamental es de afuera hacia adentro».
>
> Yo le rebatía diciéndole que para mí serían las dos cosas, el problema del estrés no solo se da de adentro hacia fuera o de afuera hacia adentro como dice ella, sino en las dos direcciones.

A manera de síntesis

El estudio del estrés desde la perspectiva sociocultural que se orienta básicamente por la etnografía y el punto de vista del actor permitió develar con cierta nitidez que la experiencia de estrés tiene un desarrollo que involucra no solo al cuerpo o a un segmento de este, sino a todo el ser, situando su existencia en el orden de significado y comprensión humana. Desde este punto de vista, analizar el trabajo y la familia como contextos significantes, permitió acceder a la representación que las operadoras tienen de su ser y estar en la vida y, por tanto, de todo aquello que se relaciona con el estrés más allá de un listado de síntomas. Además, también permitió ver las representaciones que los actores considerados secundarios (Lisa, la Coordinadora del Departamento de Tráfico, Chelito, la secretaria de Previsión Social, y Sofía, la psicóloga) tienen sobre el estrés, cuya explicación pone de manifiesto, por un lado, una problemática individual centrada en la incapacidad de las operadoras para lidiar con las exigencias del trabajo, y por otro, la imposibilidad de dejar fuera del trabajo sus problemáticas familiares, con lo cual siempre la respuesta ante las causas de estrés se ubican en el ámbito individual.

En este sentido las primeras explicaciones y significaciones de estrés fueron orientadas a reconocer que el trabajo es su causa principal. Así, el cambio tecnológico, la competencia e individualismo generado por el programa de productividad, la excesiva vigilancia, el control de las emociones y de los cuerpos para el trabajo constituyeron una constelación de problemáticas laborales que incidieron profundamente en el resquebrajamiento de los vínculos de solidaridad y de afecto, lo cual terminó por transformar el significado social del trabajo. Aunque las operadoras insistieron en el dominio laboral como principal causalidad, en sus narrativas sobre la historia y desarrollo del estrés se advierte cómo la vida familiar se decanta en el ámbito laboral y a su vez este se vuelca a la familia en ambos casos como «un estallido». Esta es la categoría usada por ellas para denominar la agresividad, gritos, llanto o comportamientos irascibles que en su lugar de trabajo algunas operadoras expresaron cuando los problemas de este se encuentran con los problemas familiares. Sin embargo, estallar también significó llevar las tribulaciones del trabajo a la familia y gritarles a los hijos o al marido, pero también aislarse y no estar disponibles física y emocionalmente para ellos. Y en el sentido inverso, es llevar las angustias de la familia al trabajo y ocultarlas, puesto que las normas institucionales

así lo exigen, aunque en el momento de la explicación, las preocupaciones y angustias familiares sean utilizadas para definir el estrés como incapacidad de las operadoras para lidiar con las exigencias del dominio familiar y no como un diagnóstico médico. Quizá por esto último, de manera contundente las operadoras insisten en el trabajo como causalidad de estrés, secundarizando la vida familiar y sus efectos.

Lo expuesto hasta aquí confirma la idea de que el trabajo es una arena política en la cual la salud y la enfermedad se convierten en un estandarte ideológico. Desde este punto de vista se entienden las respuestas de los actores involucrados, algunos de los cuales (directivos sindicales y empresarios, y profesionales de la salud) seguirán viendo la enfermedad de los trabajadores como respuesta individual imputable a su persona, alienado por el trabajo, y cada vez más empobrecido física y emocionalmente y no a los contextos significantes que intervienen en dicho empobrecimiento. Por su parte, las operadoras, aunque seguirán afirmando que el trabajo es la principal causalidad del estrés, para que con ello se reconozca como enfermedad laboral, no podrán soslayar lo que quizá con sorpresa ya han advertido a través de su propia narrativa. Esto es, cómo el mundo laboral y el familiar se imbrican originando en muchas ocasiones el estallido.

Bibliografía

Balka, E. (1995) «Technology as a Factor in Women's Occupational Stress. The case of Telephone Operators». En Messing, K.; Neis, B. y Dumais, L. *Invisible. Issues in Women's Occupational Health,* Gynergy books. 401. Canadá.

Brief, A. y W. Nord (1990) «Work and the Family« En W. Nord y A. Brief (Eds.) *The Meaning of Work*. Nueva York: D. C. Health.

Dressler, W. (1996) «Culture, Stress, and Disease». En Sargent, C. y Jonhson, T. (eds) M*edical Anthropology Contemporary Theory and Method.* London: Greenwood Press.

Eckenrode, J. y Gore, S. (1990) «Stress between Work and Family. Summary and Conclusions». En: *Stress between work and family* / Ed. by John Eckenrode and Susan Gore. Nueva York : Plenum.

Houston, D. M. (2005) *Work-Life Balance in the 21st Century*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Kohn, M. L. (1995) «Social structure and personality through time and space». In P. Moen, G. H. Elder, Jr., y Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* Washington, D.C.: American Psychological Association, 141–168.

Kossek, E. y S. J. Lambert (2005) *Work and Life Integration: Organizational, Cultural, and Individual Perspectives*. Mahwah, NJ and London: Lawrence Erlbaum Associates.

Lambert, S. (1990) «Processes linking work and family: A critical review and research agenda». *Human Relations*, 43, 239–257.

Locke Edwin, A.; Taylor, M. S. (1990) «Stress, Coping and the Meaning of Work». En Nord, W, R. y Brief A. P. (Eds.), *The Meaning of Work*, Nueva York: D. C. Health, EUA.

Lazarus Richard, S. (1999) *Stress and Emotion. A New Synthesis* en Nueva York: Springer Publishing Company Inc, EUA.

Mattingly, C. y L. C. Garro (1994) *Narrative Representation of Illness and Healing,* Dossier *Soc. Sci. & Med.* Vol. 38, No. 6, 771–774.

Pearlin, L. y M. McKean Skaff (1996) «Stress and the Life Course: A Paradigmatic Alliance», *The Gerontologist*, 36(2), 239–247. doi:10.1093/geront/36.2.239

Perry-Jenkins, M.; R. L. Repetti; Ann C. Crouter (2000) «Work and family in the 1990's». *Journal of Marriage and the Family*, 62, 981–998.

Phyllis G. y M. Liimatainen (2000) *Mental health in the workplace: Introduction,* Ginebra: Informe para la Oficina Internacional del Trabajo. ISBN 92-2-112223-9.

Ramírez, J. (2010) *El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas* México: Colección Científica. Conaculta-INAH. Versión corta disponible en <http://www.antropologia.inah.gob.mx/pdf/pdf_diario/julio_06/ritos_4_06.pdf>.

Ramírez, J. (2008) «Una Mirada Antropológica sobre el Estudio del Estrés Laboral desde Diferentes Áreas Temáticas y Tendencias Analíticas». Cap. 10 en Uribe Prado, J. F. (ed). *Psicología de la Salud Ocupacional en México.* Editorial UNAM, 2008.

Ramírez, J. (2007a) «Estrés laboral desde la perspectiva sociocultural». *Revista Salud Problema.* Segunda época / Año 1 / número 3/ enero - junio de 2008*, 9–20*.

Ramírez, J. (2007b) «Estresadas, deprimidas o embrujadas. O de cómo un grupo de operadoras telefónicas se representa su malestar laboral actual». En *Estudios de Antropología Biológica,* XIII, 649–673, México.

Ramírez, J. (2005) «Representaciones del estrés y su invisibilidad para la atención», *Revista Cuicuilco,* Vol. 12, Número 33, pp. 27-60. Disponible en <http://www.revistacuicuilco.enah.edu.mx/revista/node/5>.

Repetti, R. L. y D. Saxbe (2009) «The Effects of Job Stress on the Family: One Size Does Not Fit All». En Crane, D. R. y Hill, E. J. (Eds.) *Handbook of Families & Work: Interdisciplinary Perspectives.* Nueva York: University Press of America, 62–78.

Repetti, R.L., y Wang, S. (2009) «Work-family spillover». En Reis, H. T. y Sprecher, S.K. (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. pp. 1694–1697.

Young, A. (1980) «The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge». *Soc. Sci. & Med.* 14B, 133–146.

Young, A. (1995) *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder.* Princeton, NJ. 327.

Waitzkin, H. (1991) *The Politics of Medical Encounters. How Patients and Doctors Deal With Social Problems.* Yale University Press.

Westman, M. (2002) «Crossover of stress and strain in the family and in the workplace». En Perrewé, P.L. y Ganster, D.C. (Eds.) *Research in occupational stress and well-being* (Vol. 2). JAI Press/Elsevier Science.

7. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA (INNN). CIUDAD DE MÉXICO

M.ª Alejandra Sánchez Guzmán
Doctorada en Ciencias Antropológicas – Universidad Autónoma de México
alesanguz@yahoo.com.mx

Introducción

Según Byron Good (2003), la enfermedad está presente en el mundo vital y es experimentada como un cambio en ese mundo. Y es que, como veremos en las siguientes líneas, estudiar las enfermedades mentales con curso crónico como el Trastorno Bipolar (TB) significa hablar de la vida de los pacientes; la enfermedad se entrelaza con la cotidianeidad y la define. Según Michael Bury (1982), la naturaleza social de los padecimientos crónicos genera la desorganización de las estructuras cotidianas y de las formas de conocimiento asociadas. Es una «interrupción biográfica» que se caracteriza por los siguientes rasgos:

a) La interrupción de los supuestos y comportamientos que se daban por sentados;

b) el replanteamiento de la biografía del individuo y la redefinición del yo, y

c) la alteración de los recursos materiales y cognitivos.

La intención de este trabajo es realizar una lectura etnográfica del TB, del padecer y de la experiencia de la enfermedad.

Diversos estudios se han abocado al análisis del proceso de salud, enfermedad y atención utilizando para ello las carreras, rutas curativas o itinerarios terapéuticos como un medio de acercamiento. Autores como Goffman (1993) y Kleinman (1989) han descrito que la manera de acer-

carse a los sistemas de salud y a las conductas ante los problemas de salud están influenciadas por el contexto sociocultural.

En México se ha sugerido que los pacientes con algunos trastornos psiquiátricos, incluidos el TB, suelen tener un patrón caracterizado por la utilización múltiple de sistemas terapéuticos, incluidos los sistemas informales de ayuda —medicinas tradicionales y alternativas— y los sistemas formales de atención —médicos, psicólogos, psiquiatras, y otros— (Caraveo, 1990).

Actualmente se estima que en el continente americano 400 millones de personas sufren algún trastorno neurológico o psiquiátrico (Berenzon y Juárez, 2005). Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2001), en México, más del 70% de las personas con las afecciones que provoca el TB no recibe atención alguna (Kohn, *et alii,* 2005).

La intención del estudio es explorar los recursos terapéuticos que utilizan los pacientes diagnosticados con TB en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) a través de los itinerarios de búsqueda de atención en los diversos sistemas de salud. Consiste en el análisis de la secuencia de recursos de atención, cuidado y autoayuda que utilizan las personas diagnosticadas con TB, los actores que han participado y las decisiones o acciones realizadas.

Las carreras curativas son una herramienta analítica que, además de explicitar los hábitos terapéuticos, pueden permitir identificar el funcionamiento social y la expresión cultural del individuo y el medio que les rodea. Dentro del itinerario terapéutico me interesa responder a las siguientes cuestiones:

- qué mecanismos culturales y sociales construyen y dan forma a las prácticas de atención del TB;
- cómo determinadas conductas serán vistas por los pacientes como «sintomáticas», a partir de cuándo ocurre esto, en qué circunstancias, qué lleva a una determinada persona a «descubrirse» como enferma de trastorno bipolar, ¿qué la lleva —a ella y a su entorno— a verse como enfermo, y cómo influye el saberse clasificado con trastorno bipolar en la vida cotidiana y en el sentido de la misma?

En esta ocasión me limito a presentar algunos avances que creo darán respuesta a estas preguntas más adelante. En particular daré cuenta de la experiencia de dos pacientes en relación a su itinerario terapéutico y a la

manera en que el TB ha implicado una ruptura biográfica para ellos. A partir de mi trabajo como investigadora en el área sociomédica del Instituto realicé las entrevistas a pacientes del INNN. Parto del contexto hospitalario para recontruir la relación de los pacientes con el modelo médico hegemónico y cuestionar o reflexionar sobre el papel que las explicaciones y estrategias médicas tienen en la vida de los pacientes.

Utilizando la definición de TB sugerida por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV* (por sus siglas en inglés DSM-IV) y partiendo de los supuestos de dicho manual, los pacientes a los que entrevisté fueron clasificados como pacientes con TB. Esto no implica que la delimitación del universo de estudio se convierta en la delimitación teórica de mi investigación. Parto de ahí, pero lo hago desde un punto de vista crítico cuya intención será deconstruir este paradigma y hacer una lectura etnográfica tanto de la construcción biomédica del padecimiento, como de la experiencia de la enfermedad. Asimismo, utilizo datos sobre las trayectorias de atención en salud de pacientes psiquiátricos. Este tipo de acercamientos tienen como meta identificar la forma en que la población utiliza los servicios de salud, de tal suerte que su objetivo es dar cuenta de la manera en que se accede a los servicios de salud pública. En este enfoque la atención biomédica es objeto y fin, es decir, para este paradigma la atención psiquiátrica es la única manera de acercarse a los trastornos mentales. A diferencia de esta posición, este artículo trata de dar cuenta de la manera diversa en que las personas clasificadas con el TB identifican sus experiencias y las estrategias más allá del modelo de atención biomédica propuesto por los centros de atención psiquiátrica. La manera en que las personas entienden y viven sus circunstancias clasificadas como «patológicas» reta la construcción teórica de los sistemas de diagnósticos psiquiátricos contemporáneos. La utilización de los datos es parte de la contextualización de los entrevistados, sin que implique la validación de la atención del modelo biomédico.

Algunos antecedentes

El TB, también llamado psicosis maniaco depresiva, ha sido clasificado por DSM-IV dentro de los trastornos del ánimo, principalmente en tipo I, tipo II, tipo III, ciclotímico y no especificado. El criterio principal para el diagnóstico es la presencia de una manía o de hipomanía, alternando con

episodios de depresión (Jara, *et alii,* 2008: 22). Así, el desorden bipolar se caracteriza por periodos recurrentes de depresión y ánimo elevado.

Los pacientes con TB tardan hasta 10 años para ser atendidos por especialistas psiquiátricos y una vez ahí algunos deciden abandonar el tratamiento o buscan otras estrategias terapéuticas (Pini, Queiroz, Pagnin, 2005). Al parecer, durante el tiempo de la aparición del síntoma y el diagnóstico, logran convivir sin un tratamiento biomédico. ¿Por qué tardan tanto en llegar a la clasificación biomédica? Si partimos de las descripciones de los manuales, ¿cómo alguien con TB puede vivir con esos síntomas durante tanto tiempo y sobrellevar la vida cotidiana y la convivencia? Algunos de los criterios de clasificación del DSM hablan de la funcionalidad, sobre cómo se aplica en la vida de los pacientes entrevistados, etc.

El modelo médico es insuficiente para explicar los interrogantes planteados (el modelo médico clasifica, no explica la enfermedad y su incidencia en la vida de las personas). Por ello he decidido acercarme al estudio de la enfermedad mental a través de la antropología, pues creo puede dar cuenta de la enfermedad como proceso social y cultural determinado y delimitado por la interacción humana y cuestionar algunos supuestos de la tradición médica.

Específicamente he decido abordar el TB por varias razones:

a) La prevalencia anual del promedio del TB en América Latina es de 1.4% (Kohn, *et alii,* 2005); en México está dividida en TB I y TB II y es de 1.3% y 2.0% respectivamente (Medina-Mora, *et alii*, 2003: 8). Esto implica que el TB sea una preocupación para la salud pública.

b) Es una afección cuyos criterios para evaluarla están mediados por la cultura. El ánimo se convierte en un signo patológico en razón de la mirada del observador.

c) Los diagnósticos médicos son realizados únicamente con razonamientos clínicos basados en el saber biomédico; el contexto y la voz del paciente quedan excluidos.

Desde dónde parto en la Antropología

La Antropología contemporánea ha centrado el estudio de la enfermedad (no solo la de carácter mental) en el lenguaje y se enmarca en el contexto en el que se desarrollan diversos acercamientos. Las aportaciones

del estructuralismo, los significados simbólicos, la naturaleza semiótica, textual y significativa de la cultura constituyen elementos en los diversos abordajes. En las orientaciones interpretativas la causalidad pasa a la comprensión de la enfermedad como símbolo o texto que es interpretado en términos de un contexto determinado (Martínez, 2008).

En la Antropología médica el paradigma dominante ha sido el interpretativismo y la hermenéutica en primera instancia, y la fenomenología en los últimos tiempos (Martínez, 2008). Los modelos hermenéuticos han sido enriquecidos en los últimos años al recibir diversas críticas respecto a sus límites para presentar las dimensiones culturales de la enfermedad, incorporar variables sociales y económico-políticas, el papel del conocimiento biomédico…, entre otros temas. Además, recientemente, ha adquirido un espacio importante el estudio de la enfermedad no únicamente como símbolo, sino como experiencia, tema en el que el cuerpo (*body*) y la corporalización (*embodiment*) son centrales.

El acercamiento a la enfermedad, además de otras puntualizaciones, se distingue por dos miradas:

a) Aquellas que parten de una división entre la forma y el contenido, el hecho biológico y la cultura, de tal suerte que la cultura es más una variable que expresa de diversas formas un signo inamovible. Para este paradigma, las enfermedades son realidades naturales que simplemente son catalogadas de forma diversa según la tradición médico-cultural en juego.[1]

b) Aquellos que consideran que tanto la forma como el contenido son una construcción cultural, de tal forma que no solo se analiza cómo se van presentando los síntomas y adquieren una forma de expresión, sino cómo se van construyendo los signos, síntomas y los propios enfermos.

El trabajo que presento se adhiere a esta última mirada, pues me interesa estudiar la manera en que la enfermedad se construye social y culturalmente y de qué forma interrumpe y modifica los mundos sociales de los individuos clasificados con TB.

1 Esta postura recuerda a lo que Laing y Esterson (1967) explican para describir de qué manera el psiquiatra adopta una postura clínica en presencia de una persona: antes de ser diagnosticada ya la considera y escucha como si fuera un enfermo. Actúan como si su existencia fuera una realidad establecida.

Población con diagnóstico de TB en el INNN: algunos datos generales

Con el fin de delimitar y caracterizar al tipo de pacientes diagnosticados con TB en el INNN, presento el siguiente análisis estadístico de los pacientes hospitalizados del 2005 al 2009.

La edad promedio de los pacientes es de 26 a 35 años; el siguiente rango por frecuencia es de 36 a 45 años. Hay muchas más mujeres que varones, 60,8% frente a 39,2,%, respectivamente. El TB más frecuente es el tipo I —91,4%—, tipo II —2,9%—, no especificado —5,3%— y 0,5% tipo III.

La mayoría de los ingresos con TB eran solteros. Respecto a la diferencia entre hombres y mujeres en el estado civil, 29,3% mujeres eran casadas, en contraste con el 9,3% de los varones casados. Respecto al nivel educativo, la escolaridad de las mujeres era principalmente licenciatura, con un 26,0%, carrera técnica, con un 15,8% y primaria incompleta, con un 11,9%. Los varones, al igual que las mujeres, están más representados en escolaridad de nivel licenciatura, con un 39,8%, en preparatoria, con un 17,6% y en preparatoria incompleta, con un 12,0% (esto sugiere que su nivel académico es ligeramente mayor que el de las mujeres). No obstante, en general, el nivel de licenciatura es el más representativo de la muestra, siendo el analfabetismo el menor.

Avances en la investigación de campo

He realizado 16 entrevistas semiestructuradas con profundidad teniendo como hilo conductor los itinerarios terapéuticos de las personas diagnosticas con TB. Son 6 mujeres con un promedio de edad de 37,6 años, y 10 varones con un promedio de edad de 36,5 años. La mayoría de las mujeres son solteras, solo una es divorciada y otra, viuda. Los varones son también en su mayoría solteros, solo uno es divorciado. La mayoría de las mujeres estudiaron preparatoria y licenciatura. De la muestra general de hombres y mujeres, solo una persona estudió hasta primaria y es mujer; igualmente, solo una mujer cuenta con una maestría. Los varones se ubican principalmente en el nivel superior.

Las personas entrevistadas son pacientes del INNN: 6 de los entrevistados estaban internados en el momento de la entrevista y el resto fueron interrogados después de su consulta regular. El promedio del diagnóstico

es de cinco años, aunque algunos fueron etiquetados como esquizofrénicos o epilépticos previo al diagnóstico de TB.

A cada paciente se le preguntó datos sociodemográficos a través de una ficha básica estandarizada. Se estructuró un cuestionario básico que sirvió como guía durante la entrevista, el cual se dividió en cinco apartados: 1) Trastorno Bipolar (significado), 2) familia, 3) trabajo y estudios, 4) relaciones personales y 5) atención terapéutica. En el transcurso de la entrevista se formularon preguntas que no habían sido incluidas y que dependieron de la disponibilidad de los entrevistados y la relación que guardaban con el objetivo de la investigación. La información se procesó por medio del análisis cualitativo.

En el presente estudio me limitaré a detallar las experiencias de dos pacientes; sus estrategias narrativas nos darán cuenta de su itinerario terapéutico y de la manera en que la enfermedad irrumpe y define su vida cotidiana. Con el fin de guardar la confidencialidad de los participantes, todos los nombres utilizados son seudónimos. Los participantes fueron informados del objetivo de la investigación y otorgaron el consentimiento informado.

Elena:[2] *«Me quieren llevar a Morelia a hacerme un exorcismo»*

Elena es una paciente de 39 años que lleva dos años con el diagnóstico de TB; antes le habían dicho que padecía esquizofrenia. La entrevisté en su consulta regular en el INNN. La historia de Elena comienza en la niñez cuando relata oír voces y tener alucinaciones visuales. Ella recuerda que esto le sucedía desde los seis años, pero no lo comenta a su familia hasta los 14 cuando acude por primera vez a un neurólogo particular. Ahí descartan un padecimiento neurológico y la refieren al psicólogo, pero sus padres se niegan a llevarla, pues consideran que no tiene nada.[3] La demora en la búsqueda de atención en enfermedades psiquiátricas es un fenómeno reportado en nuestro país. Caraveo, *et alii* (1990), en un estudio realizado para la OMS, sugiere que en México existe un retraso grande

2 Como título de cada caso retomo una frase de su discurso que me parece condensa el sentido de la experiencia.

3 Durante la entrevista, Elena mencionó que siempre pensó que su padre no quiso llevarla a un psicólogo porque había sido abusada por él y pensaba que podrían delatarlo.

entre la aparición del primer síntoma y la búsqueda de ayuda, tal como lo relata Elena.

Otro recurso de Elena fue acudir al sacerdote. Dice que su familia era muy religiosa. El sacerdote al escuchar las experiencias de Elena le sugiere acudir al psiquiatra de la mitra, pero sus padres vuelven a negarse. Elena sigue con su vida, pero ve truncados sus estudios de licenciatura, se casa y luego se divorcia. Durante este tiempo ella expresa malestar como alucinaciones, ausencias, incapacidad para trabajar, etc.

> Diez años después de su primera visita al neurólogo acude a una psiquiatra y le diagnostica distimia[4], pero ella sigue con los mismos problemas. Durante ese periodo acude a reiki y se acerca al budismo. En 1998 una psicóloga y un psiquiatra la diagnostican como «maniaco depresiva autodestructiva». Sus padres la llevan a un médico general en Huachinango Puebla y él le dice que tiene un problema en el corazón y en la tiroides. Según Elena, el médico le recomienda una conversación telefónica diaria con él como forma de terapia. Al poco tiempo, Elena se autodiagnostica con esquizofrenia al escuchar un programa de radio: […] Estaba escuchando el programa Dr. Lammoglia: «¿Cómo detectar si un pariente o amigo tiene esquizofrenia?». Conforme iba diciendo todos los síntomas, era lo que yo estaba sintiendo y se lo dije a mis papás y no me creyeron, dijeron que me estaba influenciando por el programa (PBM150810).

A partir de entonces Elena se acercó a la Asociación de Familiares y Amigos de Personas Esquizofrénicas (AFAPE) e intentó que su familia se acercara a ella para recibir comprensión de la enfermedad que ella creía padecer:

> Hasta hace dos años logré que mis papás asistieran a la AFAPE, que vayan entendiendo qué tengo, porque siempre dicen que no tengo nada, que soy una hipocondríaca. Tuve seis intentos más de suicidios, pero ya las últimas veces ni siquiera me daba cuenta.

En el 2002 recibe el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo en el INNN y es internada por varias ocasiones. En 2008 el diagnóstico cambia a Trastorno Bipolar y Borderline. Una vez que entra al lenguaje de la biomedicina, la psiquiatría encuentra una patología para cada comporta-

4 La distimia es un trastorno depresivo de naturaleza crónica pero de menor severidad que la depresión mayor, cuyos síntomas depresivos son más o menos continuos durante por lo menos dos años (Lima y Moncrieff, 2008: 1).

miento. A pesar de ello, Elena se siente cómoda con el diagnóstico de TB y con el tratamiento:

> Desde que llegué aquí me ha ido asentando mucho la vida, me siento mucho mejor. Yo tenía seis años con tratamiento psiquiátrico y ninguno me hacía efecto, tenía que vivir dependiente de mis papás […]. El tratamiento que me han dado me ha ayudado a reubicarme: antes vivía aislada totalmente, no podía relacionarme con nadie (PBM150810).

No obstante, su familia no considera eficiente este tratamiento, y en parte tiene que ver con la noción de enfermedad-salud —la cronicidad es un tema muy difícil de comprender—; por esa razón, deciden optar por otra forma de terapia acorde a sus creencias religiosas:

> Ahorita lo que le quiero decir al Dr. es que mis papás me acaban de decir que me quieren llevar a Morelia a hacerme un exorcismo, porque ellos no pueden dar crédito de que yo esté enferma. «Yo no estoy endemoniada», estoy enferma, pero siguen sin creerlo. No pueden creer que con tantos medicamentos y tantos tratamientos yo no me cure (PBM150810).

De este modo, el itinerario terapéutico de Elena es el siguiente: neurólogo-sacerdote-psiquiatra-psicólogo-reiki y budismo-médico general-psicólogo y psiquiatra-AFAPE-INNN-sacerdote.

El relato de Elena no solo establece los patrones de búsqueda de atención, sino cómo se va construyendo la enfermedad mental, y de qué manera ella y su entorno establecen estrategias de enfrentamiento. Además, reporta algunas de las explicaciones que los pacientes con TB, familiares o grupos cercanos a los pacientes y las instituciones elaboran sobre el trastorno.

Identificar los síntomas de una enfermedad le ayuda a los pacientes a explicar las trasformaciones en su entorno social. Más allá de un diagnóstico certero, las personas buscan un sentido a su nueva situación de minusvalía o anormalidad, pues la enfermedad se ha impuesto como nuevo paradigma vital que interfiere en la caracterización subjetiva y social.

Los pacientes con TB atraviesan un largo proceso desde la aparición y detección de los síntomas y la atención de los mismos, camino que se encuentra mediado por la temporalidad y condiciones de la enfermedad, las relaciones sociales y contextos en el que se presenta. El TB es un padecimiento crónico y estigmatizado por encontrase en el ámbito de la salud mental, en donde el ideal de los enfermos y servicios de salud es la calidad de vida y no la cura como en los trastornos de tipo infeccioso.

Carlos: «La verdad, ya no sé ni que hacer»

Carlos tiene 56 años y cuando lo entrevisté estaba internado en el piso de psiquiatría del INNN. Su principal preocupación era en dónde viviría al terminar su estancia. Lleva 20 años recibiendo tratamiento por TB; sin embargo, los primeros años que recibió medicación no tenía certeza de cuál era su diagnóstico:

> Yo me empiezo a deprimir y le digo a mi mamá y me empieza a dar tesitos y remedios, pero mi hermano era médico y cuando lo veo me dice: «Mira, yo soy tu hermano y por ética no te puedo atender, sé lo que tienes y te puedo dar cosas». Pero me dijo: «¿Por qué no vas a ver al Dr. Carlos Pérez, médico del hospital americano?». Y él me empieza a tratar, pero no me dice que era Trastorno Bipolar, simplemente me empieza tratar, a dar el medicamento y así me la paso varios años (PBH250810).

Al igual que Elena, Carlos se autodiagnosticó Trastorno Bipolar después de escuchar un programa de radio:

> Me enteré que tenía Trastorno Bipolar cuando terminé de escuchar un programa del Dr. Lammoglia. Flor Berenguer entrevistó a una Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar. La Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar dio su teléfono al final y ahí me latió que era por ahí, así que me volví miembro de la asociación y ahí me entero que tengo Trastorno Bipolar (PBH250810).

El testimonio de Carlos da cuenta de lo que Good (2003) denomina «destrucción del mundo». Good sugiere que las enfermedades crónicas, entre ellas la esquizofrenia y el TB irrumpen en la vida cotidiana. Este argumento lo verifica a través del análisis epistemológico de Alfred Schütz (2003), y sostiene que las categorías analíticas propuestas por Schütz pueden proporcionar la base para indagar cómo en el contexto de las enfermedades crónicas el mundo cotidiano es sistemáticamente subvertido o deshecho. Coincido con tal argumento porque Carlos y los demás entrevistados han señalado que vivir con la etiqueta de TB ha modificado la manera en que entendían y se relacionaban con su entorno social. Para verificar esto retomo dos características de la realidad que Good (2003) utiliza en su análisis de pacientes con dolor crónico y lo ejemplifico con la narrativa de Carlos.

1. Forma de socializar. Schütz (2003) sostiene que vivimos en el mismo mundo que los demás, es decir, que el mundo que habitamos y experimentamos lo compartimos con los demás. No obstante, una de las

características de los pacientes con TB es que no comparten ciertos códigos, específicamente sobre la expresión de sus emociones. De hecho, esta falta de coincidencia es lo que generalmente será convertida en el primer síntoma de la enfermedad. En el caso de Carlos, hasta antes de que tuviera la certeza de su diagnóstico actual, su vida se caracterizaba por esta falta de coincidencia en el sentido común, lo que lo llevó a la soledad:

> La relación se fue deteriorando y mucho tuvo que ver con mi enfermedad y me separé [...] Hay mucho enojo por mi comportamiento [...] Yo tenía una casa que era de mi madre y un día me cambiaron las chapas y ya no me dejaron entrar (PBH250810).

Sin embargo, cuando conoce la asociación de personas diagnosticadas con TB, la forma de socialización regresa, al menos en el grupo de apoyo, y el sentido común es compartido nuevamente:

> Adquirir la etiqueta de bipolar me beneficia porque encuentro gente que tiene lo mismo que yo, que se puede comunicar conmigo en el mismo lenguaje, que entiende lo que yo estoy viviendo, que toma lo que yo estoy tomando (PBH250810).

2. La segunda característica es la «perspectiva temporal común». Según Good (2003) una de las características de los pacientes crónicos es que el tiempo se desploma, el tiempo ya no ordena el mundo compartido por los demás, sino el mundo de la enfermedad. Por ejemplo, en el caso de Carlos los periodos de depresión lo dejaban fuera de tiempo, pues durante ese lapso lo que da sentido a su vida no lo puede realizar:

> Tengo de repente un cansancio terrible, que aunque yo quiera trabajar, seguir con mi vida, no puedo (PBH250810).

Así, ante la emergencia de la enfermedad, el mundo de la vida cotidiana de ambos pacientes es sustituido por el de los «episodios», «los antipsicóticos», «los moduladores de la conducta», «el ir y venir en los internamientos» y, por lo tanto, su biografía es interrumpida y adquiere nueva forma y dirección en razón de estas nuevas necesidades.

Entender de qué manera los individuos valoran, definen y utilizan los servicios de salud nos sumerge en una serie de procesos complejos que disgregan la forma en que se significa y atienden a los procesos mórbidos, procesos en los que hay una variedad de dimensiones que van conformando conductas frente a la irrupción de la enfermedad en la subjetividad y en las estructuras sociales que configuran el entorno de los individuos.

En un artículo sobre el curso social del sufrimiento en esquizofrenia en la cultura china, Joan Kleinman (2000) critica la noción biomédica de la historia natural de los padecimientos según la cual las enfermedades siguen el proceso patológico que es preprogramado para desarrollarse de un modo determinado y que, por lo tanto, varios casos de la misma enfermedad compartirán una trayectoria parecida. En contraposición, Kleinman sugiere que el curso y la historia de la enfermedad son sociales. La patología y el proceso de enfermedad definen la experiencia.

Este primer análisis es aún prematuro y debe profundizar mucho más; sin embargo, es útil para ir conociendo la vida cotidiana de las personas diagnosticadas con TB, comprender cómo se construye el significado de su padecer. Me parecen interesantes dos puntos que pueden abrir la reflexión en otros espacios: Primero, el mayor número de mujeres que son atendidas en el INNN por TB, así que será fundamental profundizar en las condiciones de género que explican estos datos; segundo, en el caso de Elena, el recurso del exorcismo como un medio terapéutico propuesto por la familia cuestiona la cordura de tal núcleo social y permite reflexionar sobre qué actitudes son las que constituyen la enfermedad mental y cuáles no, es decir, que la familia considere que su hija está «endemoniada» no es cuestionado como patológico. Al parecer la etiqueta del TB y de las enfermedades mentales responde a la clasificación de las conductas según su pertenencia o no al mundo de la vida cotidiana, al sentido común.

El caso de Elena refleja las representaciones de la enfermedad y de la curación, tal como son experimentadas empíricamente por los interesados en sus modelos etiológicos y terápeuticos. Mientras para el modelo biomédico lo patológico está en la conducta de Elena y las creencias de su familia en tanto desestabilizadoras de un orden social basado en el positivismo racional, para el modelo explicativo de la familia la conducta de Elena es un mal moral y espiritual cuya atención se realiza a través de estrategias religiosas.

La negación por parte de la familia de Elena de la interpretación y categorización biomédica da cuenta de un reto a la concepción contemporánea en el que se sustenta la definición de TB. Asimismo, abre la puerta a otro tipo de clasificaciones que escapan al positivismo moderno actual caracterizado por premisas lógico-racionales en las que se sustentan los principios de la objetividad descriptiva y donde el trastorno es visto como una representación del individuo enfermo con un orden externo unívoco y es explicado acorde a leyes universales que establecen lo racional y

lo irracional de manera ajena a la persona (Moltedo, 2004: 86). En este modelo la explicación de los síntomas reduce la experiencia personal y la acerca a procesos «neutros» relacionados con condiciones y reacciones bioquímicas del cerebro.

En México hay una larga tradición médica que conceptualiza la enfermedad como un fenómeno más espiritual que físico y que utiliza tratamientos herbales y rituales (paganos o cristianos) para luchar contra las representaciones de las enfermedades. Esta forma de conceptualizar ha sido desarrollada y heredada durante siglos y coexiste con otras interpretaciones como la médica. No es extraño pues que personas, sobre todo añosas, insistan en pensar y tratar la enfermedad (TB) de esta forma.

Bibliografía

Asocación Psiquiátrica Americana (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. España: Masson.

Berenzon, S. y Juérez, F. (2005) «Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México». *Revista Saúde Pública,* 39(4), 619–26.

Bury, M. (1982) «Chronic Illness as biographical disruption». *Sociology of Health and Illness,* 4 (2), 167–182.

Caraveo, J. (1990) «Necesidades de la población y desarrollo de Servicios de Salud Mental». *Salud Pública de México*, 32(005), 523–53.

Goffman, E. (1993) *Estigma. La Identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Good, B. (2003) *Medicina racionalidad y Experiencia*. España: Ediciones Bellatierra.

Kleinman, A. (1988) *The illness narratives suffering healing and the human condition.* Estados Unidos: Basic Books.

Kleinman, J. (2000) «El curso social del sufrimiento: esquizofrenia, epilepsia y otras enfermedades crónicas en la cultura china». En: González, E. y Comelles, J. M. (Coord.) (2000) *Psiquiatría transcultural*. España: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Estudios.

Kohn, R.; Levav *et alii* (2005) «Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública». *Rev Panam Salud Publica*, 18(4/5), 229–40.

Jara, M.; Lana, K.; Schneider, L. y Lemos, K. (2008) «Trastornos bipolares». *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 177, 22–24.

Lima, M.S. y Moncrieff J. (2008) «Una comparación de fármacos versus placebo para el tratamiento de la distimia» (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. [Consulta: 20 de mayo de 2011].

Martínez, Á.; Orobitg, G. y Comelles, J. M. (2000) «Antropología y psiquiatría, una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad». En: González, E. y Comelles, J. M. (Coord.) (2000) *Psiquiatría transcultural*. España: Asociación española de neuropsiquiatría Estudios.

Martínez, Á. (2008) *Antropología médica, teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* España: Anthropos.

Medina-Mora, M. *et alii* (2003) «Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México». *Salud Menta*l, 4(26), 1–16.

Moltedo, A. (2004) «Más allá de la nosografía: la explicación cognitivo procesal sistémica del sistémica del síntoma». *Psicoperspectivas,* III, 85–93.

Pini, S.; Queiroz, V. y Pagnin, D. (2005) «Prevalencia y consecuencia de los trastornos Bipolares en países europeos». *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 425–434.

Laing, R.D. y Esterson, A (1967) *Cordura, Locura y Familia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Schütz, A. (2003) *El problema de la realidad social.* Argentina: Amorrortu editores.

8. PROPUESTAS INTERCULTURALES DE INTERVENCIÓN SANITARIA: DE LA PRAXIS ANTIPSIQUIÁTRICA EN EL ÁMBITO ASOCIATIVO, A LA CONSULTA ETNOPSIQUIÀTRICA EN UN HOSPITAL DE BRUSELAS

Rubén Muñoz Martínez
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Unidad sureste, Chiapas, México
rubmuma@hotmail.com

Introducción

El presente capítulo es un resumen de dos estudios de caso desarrollados en la investigación que llevé a cabo en el marco de mi tesis doctoral, relativa a las praxis interculturales sanitarias emergentes en el ámbito asociativo e institucional de Bélgica y España (ver MUÑOZ, 2010). En este texto expongo, desde una narrativa predominantemente descriptiva, las características y problemáticas de dos prácticas sanitarias, emblemáticas, de tipo intercultural en Bruselas. Estas son la consulta etnopsiquiátrica del Hospital Público Brugmann, y la práctica antipsiquiátrica intercultural de la casas comunitarias *peul*, llevada a cabo por la asociación «L'autre Lieu».[1] El objetivo aquí es plantear para el debate las especificidades de estas praxis como propuestas, creativas y eficaces de actores situados en los campos sociales institucional y asociativo, en su relación con la mejora al acceso y disfrute del proceso de atención sanitaria/curación de aquellas personas

1 El trabajo de campo estuvo vertebrado por la observación participante en ambos estudios de caso. En la consulta de etnopsiquiatría del Hospital Brugmann consistió en un periodo de seis meses de inmersión en la misma (en 2006/2007), todos los jueves de 13:30 a 19:00 h (más las actividades formativas, otras consultas, reuniones con los pacientes y varias visitas de control posteriores). En el caso de «L'autre Lieu» y las casas comunitarias *peul*, programé nueve visitas durante los cuatro primeros meses de 2007 (más dos de control posteriores) a dichas casas, y participé en reuniones del personal de la asociación y en diversas actividades socio-culturales y formativas (talleres de cine, pintura, conferencias, conciertos, etc.) organizadas por la misma y relativas a la perspectiva antipsiquiátrica y la interculturalidad.

con itinerarios socio-culturales diversos de origen autóctono y extranjero. Para ello parto de una posición expositiva y analítica que se encuentra entre la llamada antropología crítica y la de carácter aplicado en la búsqueda de propuestas terapéuticas eficaces y democráticas. O, como dijo Fassin (1999), inspirándose de lo enunciado por Norbet Elias sobre la indisociabilidad del plano político y del epistemológico, una posición implicada.

La exposición comienza con una introducción a la emergencia de los dispositivos de tipo intercultural en Bélgica, como respuesta a la inequidad en el acceso y disfrute de los medios sanitarios de las personas con trayectorias socio-culturales diversas. Después paso a hablar de la praxis antipsiquiátrica intercultural de las comunidades *peul*. A continuación analizo el caso de la consulta de etnopsiquiatría en el Hospital Brugmann de Bruselas, y para concluir aporto algunas consideraciones finales.

La atención sanitaria en la diversidad cultural

En los países del primer mundo las teorías y métodos de asistencia occidentales han venido siendo criticados desde hace años por su insensibilidad a la diversidad cultural, así como por las limitaciones con las que se encuentra la práctica cultural biomédica. Tal y como señala Gailly (2009), las divergencias en cuanto a los valores y normas de esta praxis se han considerado en salud mental desviaciones o patologías, en lugar de diferencias culturales. Del mismo modo se ha tendido a culpar al paciente del fracaso pensando que carece de las habilidades y del nivel cultural necesarios —en términos evolutivos— y por tanto por no estar preparado para la asistencia biomédica occidental. La mirada hegemónica en el ámbito sanitario occidental ha consistido, a lo largo de los años, en que los pacientes culturalmente diferentes tenían que adaptarse al sistema, en lugar de disponer de métodos y modelos asistenciales adecuados a sus trayectorias, valores y cosmogonías.

Con el transcurrir del tiempo la presencia de personas de origen extranjero con trayectorias socio-culturales diversas en Bélgica y otros países de Europa Occidental ha llevado a muchos profesionales de la salud a ampliar las miras en el ámbito terapéutico. Uno de los motivos principales ha sido la falta de eficacia de los modelos terapéuticos vigentes al estar, como señala Waitzkin (1991), configurados para una atención sanitaria de la clase media autóctona. Esto ha sido así fundamentalmente con las

praxis terapéuticas pertenecientes al campo de la salud mental, lo cual, sin duda, sucede también en el área somática, pero no de una manera tan relevante al menos en cuanto al número de fracasos en una aproximación monocultural etnocéntrica, como en el caso de la salud mental (Leman y Gailly, 1992).

En el caso específico que nos ocupa de Bélgica se ha asistido, fundamentalmente desde finales de los años 80, a la emergencia de una serie de prácticas en el ámbito de la atención sanitaria, institucional y asociativa, dirigidas a aquellas personas que por su itinerario socio-cultural encuentran mayores dificultades en un acceso y disfrute igualitario de los medios sanitarios de derecho común. Por una parte, están las prácticas dirigidas principalmente a las personas de origen extranjero[2], asumiendo de partida un vector de intervención/interpretación cultural. Por otra, encontramos aquellas que abordan, independientemente del origen cultural, la situación y problemática de tipo mental del destinatario desde su posición e itinerario psico-social, incorporando, según la demanda, estrategias de intervención como las lingüísticas-culturales. En ambos casos estas prácticas, como cuerpo teórico y praxis organizadas, se ubican en la constelación de las terapéuticas de tipo intercultural[3] en salud mental, llevadas a cabo por

2 En lo que se refiere a la atención sanitaria a la población inmigrante cabe decir que no siempre hay, necesariamente, implícitos aspectos sustancialmente distintos de los que aparecen en la población autóctona**.** Si bien el ámbito de la salud alberga unas características que lo hacen más susceptible a la manifestación de conflictos y problemáticas que en otros campos no son tan relevantes, como, por ejemplo, la cuestión idiomática/lingüística, las diferentes representaciones del cuerpo o los modelos explicativos diversos de la enfermedad y la curación, entre el terapeuta y el paciente. No obstante, la diversidad cultural en la atención sanitaria, lejos de ser un fenómeno novedoso, actual o con orígenes variables según el lugar, ha sido siempre concomitante a todo proceso de atención médica (Comelles, 2004). Es a partir de la llegada de un otro, denominado como alteridad por provenir de un origen externo a la delimitación del estado/nación receptor, que se comienza a problematizar, desde diversas áreas como la práctica clínica, la propia pretensión universal de la mirada biomédica hegemónica.

3 En la práctica no podemos diferenciar entre terapéutica multicultural e intercultural (como sí teorizó Devereux [1977]), al menos en las aproximaciones que se analizan en este trabajo, ya que las praxis tratadas son a su vez ambas cosas. Multiculturales si se conciben, en compartimentos estancos, desde la suma de la diversidad de culturas (tanto objetivas como subjetivas [en términos de Roosens, 1989]) de los actores y contextos implicados. Interculturales si se considera la dimensión de diálogo, aprendizaje e intercambio (Giménez, 2003), en la interacción sociocultural entre dichas culturas y sus elementos en juego. En este sentido la interculturalidad conlleva una visión relacional, dinámica, y no esencialista, del propio concepto de cultura. Lo cual obliga a una apertura frente a los intentos de cristaliza-

la iniciativa local de actores, individuales y colectivos, situados en los ámbitos institucional y asociativo de la atención sanitaria. Únicamente en el primer caso, de la mediación intercultural sanitaria implementada, como política de estado, en los hospitales belgas. La praxis etnopsiquiátrica del Hospital Brugmann que aquí se aborda, forma parte de esta primera constelación de dispositivos que nacen como respuesta a las notables limitaciones en la eficacia curativa de las prácticas monoculturales dominantes en la Psiquiatría institucional con personas de origen extranjero. Desde el ámbito asociativo, la práctica antipsiquiátrica de «L'autre lieu», sin embargo, es única en sus características, comprendiendo (desde su inicio) a personas de origen autóctono o extranjero que consideran insuficientes los abordajes que llevan a cabo las disciplinas terapéuticas hegemónicas de sus dolencias. Su práctica se fundamenta, como se ve a continuación, en una aproximación comunitaria intercultural al proceso salud/enfermedad/curación. Por otro lado, las modalidades de atención sanitaria y acceso que inauguran ambas prácticas, situadas en lugares diversos, reenvían a una serie de implicaciones políticas —que aquí conciernen a la responsabilidad del estado belga— relativas al derecho de todas las personas a un disfrute y acceso a los medios sanitarios de derecho común, igualitario y respetuoso con sus trayectorias biográficas, con el que poder gozar del mejor estado de salud posible.[4]

---

ción culturalista, en el uso de taxonomías deterministas, de las dimensiones explicativas que comprenden a las conductas y prácticas humanas. En lo que a la investigación de la que surge este texto respecta, he partido de una construcción teórica y epistemológica, inspirada de la enunciada por Leman y Gailly (1992), desarrollando tres modelos en los que se encuentran insertas las praxis sanitarias interculturales actuales en Bélgica. Estos son: *a) El modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero*. La Formulación Cultural de Casos Psiquiátricos en centros de atención médica (estatales y asociativos), clínicas especializadas en el abordaje de las secuelas de la tortura (EXIL), etc. *b) El modelo etnopsiquiátrico*: La consulta de etnopsiquiatría del Hospital Brugmann de Bruselas (así como otras en diversas ONG). *c) El modelo antipsiquiátrico intercultural*: La comunidad terapéutica intercultural de las casas *peul* en Bruselas. (Para saber más, ver Muñoz [2010]).

4 En el ámbito europeo, esto es defendido en tratados como *La Carta Social Europea* (arts. 11 y 13). En el particular de Bélgica la ley relativa a los derechos de los pacientes del 22 de agosto de 2002 estipula que cada paciente tiene el derecho a una prestación de cuidados sanitarios de buena calidad respondiendo a sus necesidades, y al respeto de su dignidad humana y autonomía (art. 5). Este derecho implica, por primera vez en la legislación belga, que «los valores culturales y morales y las convicciones filosóficas y religiosas de los pacientes deben ser en todo momento respetadas» y que «la información debe ser dada al paciente en una lengua clara y comprensible para él» (art. 7).

La práctica antipsiquiátrica intercultural en las casas comunitarias peul *(Bruselas)*

Creado en 1980, «L'autre lieu» es una asociación que se declara perteneciente a una corriente alternativa a la psiquiatría, siguiendo la línea de pensamiento de la antropofenomenología y el existencialismo de Franco Basaglia, y que se inscribe en una dinámica de reflexión crítica sobre el sistema psiquiátrico. El objetivo principal de la misma es el de permitir a las personas con dificultad psicológica o social evitar o acortar una posible hospitalización psiquiátrica proponiéndoles lugares de escucha/ayuda y de acogida distintos de los ofrecidos por el sistema terapéutico institucional.

El proyecto de las *casas de acogida peuls* tiene su origen en el amor entre una chica belga, que a mediados de los años 80 trabajaba en la asociación, y un chico *peul* mauritano. A medida que ella convivía con la comunidad *peul* en Bruselas, se fue dando cuenta de que sus integrantes vivían en condiciones pésimas de alquiler (a menudo apiñados en sótanos sin ventilación y con humedad). La mayor parte llegaban, y llegan, a Bélgica tras conflictos y persecuciones políticas en sus países de origen (sobre todo en Mauritania). Por otra parte, ella observa, en el contexto migratorio de destino, que la comunidad *peul* vehicula valores tradicionales como la solidaridad en el seno del grupo, la hospitalidad hacia el extranjero, el respeto de las diferencias y la afirmación de una identidad coherente. De ahí la idea, en el cuadro de acogida de personas con padecimiento psíquico, moral o social, de crear inicialmente una casa comunal reuniendo bajo un mismo techo tanto a *peuls* como a estas personas.

La originalidad del proyecto se da por dos motivos. El primero es porque pone en común a personas sometidas a un exilio, siendo este de diferente naturaleza: por una parte, el exilio y refugio político en los primeros, y por otra, la psiquiatrización y exclusión social en los segundos. El segundo motivo es que también conecta a dos grupos de personas sometidos a diferentes formas de exclusión social: la relativa a la falta de derechos de los demandantes de asilo y «sin papeles», y la que se refiere a la estigmatización social por motivos de «salud mental». En la asociación actualmente existen dos casas con estas características.

Las casas de acogida peul

Las casas de acogida *peul* son dos: El *Vivier* y *Geef*. La primera fue creada en la comuna (distrito) de Ixelles en 1989; la segunda, en Schaerbeek en el año 2000. Pese a tener algunos elementos diferentes en su estructura y organización, ambas siguen el mismo modelo de entreayuda comunitario intercultural. Los inquilinos *peuls* pagan un alquiler bajo por el alojamiento y son asesorados por la asociación principalmente en los trámites a seguir para la gestión de su demanda de asilo político y regularización. Al mismo tiempo estos «acogen» a personas con dolencias psíquicas y viven con ellos en las casas.

Tanto en el *Vivier* como en *Geef* las personas «que acogen» son casi todos *peul*, de origen mauritano, refugiados políticos en su mayoría[5]. Las personas «acogidas», belgas actualmente[6], sufren dolencias de tipo psíquico o relacional y se han acercado a la asociación para encontrar un lugar de acogida y vivienda.

Con respecto a las trayectorias vitales de los inquilinos, que «acogen» o son «acogidos», estas son muy variadas. Los «acogidos» provienen de clases sociales muy diversas, habiendo un número elevado de personas de clase media/alta. En lo referente a los *peuls*, sus orígenes sociales a su vez son muy variados, desde personas que no saben escribir hasta otros con títulos universitarios. En cuanto a sus profesiones, también son muy diversas: pastores, oficiales del ejército, etc. Uno de los motivos por los que emprenden el proyecto migratorio y llegan a Bélgica suele ser el hecho de que, sobre todo en Mauritania[7], son perseguidos y encarcelados por otras etnias que no están interesadas en que alcancen el poder político. Los «acogidos» han vivido trayectorias terapéuticas muy diferentes: algu-

5 En ocasiones hay personas de otras regiones del África Subsahariana y de religión musulmana, como, por ejemplo, Níger (es el caso de B., que vive allí desde hace siete años). También hay *peuls* de origen senegalés.

6 Cuando yo visité las casas en 2007. En ocasiones, como sucede ahora, son belgas, aunque también hay personas de otros orígenes: marroquí, otros países del África Subsahariana, etc.

7 Según su discurso, como he podido recoger en el trabajo de campo, en Senegal la situación con respecto a sus derechos y libertades es diferente, existiendo una democracia en la que participan los representantes de las diferentes etnias, consolidada (al menos más que en Mauritania) y con un mayor control frente al fraude. Las pasadas elecciones de marzo del 2007, en Mauritania, han sido las primeras en las que se pudieron presentar candidatos de origen *peul*.

nos con periodos largos de hospitalización psiquiátrica; otros, no. Hay que señalar que la dolencia psíquica, en el periodo en el que conviven en estas casas, es lo suficientemente moderada como para permitir dicha convivencia. La duración de su estancia varía mucho, algunos están unos meses y otros permanecen durante años.[8]

En cuanto a las edades de los «acogidos», el más joven de las dos casas tiene 26 años y el más anciano 74. Cuando deciden cambiar de domicilio algunos permanecen en contacto con la asociación (por medio de sus actividades culturales, como el teatro o la creación literaria) y con sus compañeros de piso *peuls*. Las edades de los inquilinos *peul* son a su vez muy variadas, concentrándose, sin embargo, en un ratio entre 20 y 35 años.

Así como los «acogidos» entran primero en contacto con la asociación, los *peul* «que acogen» se encuentran en el seno de la comunidad mauritana en Bélgica (o al llegar se ponen en contacto con ella).[9] Tanto unos como otros son personas que viven en situaciones de ruptura social y cuyos ingresos no sobrepasan los topes (del «artículo 3 de la ley del 16 de julio de 1992») que fijan el derecho a una ayuda social. Los «que acogen», teniendo un estatus diferente (candidatos a refugiados políticos, clandestinos, regularizados, refugiados políticos…), disponen, con suerte, o bien del ingreso mínimo de inserción social o de una ayuda social de un CPAS (Centro Público de Ayuda Social). La mayoría de los «acogidos», personas que han tenido a menudo graves problemas sociales o relacionales, cobran el ingreso mínimo de inserción social. Todos pagan un precio por el alquiler, bajo si se compara con la media en el área.

Además de los inquilinos «que acogen», hay otras muchas personas de origen peul, mauritanas o senegalesas que frecuentan la casa. Acuden para poder encontrar a amigos y compañeros, así como con el fin de tener la posibilidad de hablar su lengua materna (el pula), compartir un plato común, practicar sus ceremonias religiosas, etc. Las casas *peul* son un punto de referencia tanto para los que llegan a Bélgica, como para los que se han mudado a otra casa en Bruselas; gracias a ellas permanecen en contacto (en las cenas y fiestas) con sus antiguos compañeros de piso.

8 Un señor de origen belga de 74 años lleva diez viviendo allí y dice que quiere quedarse para siempre.

9 Debido a los problemas económicos y legales con los que se encuentran en los países de destino, muchas de estas personas se mueven cada cierto tiempo entre países como Francia, Bélgica y Holanda.

Espacio, género y jerarquía en las casas comunitarias peul

Las estructuras espaciales de la casas *Vivier* y *Geef* son muy parecidas. Las habitaciones de los acogidos son individuales, mientras que los *peul* duermen en habitaciones que comparten (algunos tienen sus camas en el salón). La cocina, el cuarto de baño y el salón son comunes. El salón es el lugar de encuentro principal. En él hay una alfombra —por eso todos los que van a entrar se quitan los zapatos— y unos sofás alrededor en círculo. La televisión está en un rincón de la entrada, casi siempre encendida, pero con un volumen bajo. Junto a una antigua chimenea que ya no se utiliza, hay una pequeña cocina en la que preparan el té (siempre presente en las reuniones). Mientras se conversa algunos se dirigen, de tanto en tanto, a uno de los lados de la alfombra, que corresponde con la orientación hacia la Meca, para rezar (los *peul* son todos musulmanes). Cuando es el momento del rezo común dejan lo que están haciendo y en varias filas, en el mismo lugar, se dedican a la oración. En principio no hay ninguna jerarquización en los lugares en los que suelen sentarse. Los «acogidos» hacen un uso del espacio que no está codificado por normas establecidas más allá de cuestiones que puedan atañer al respeto a la diversidad de hábitos, códigos y conductas, que por lo general se dirimen en el día a día. La única prohibición estricta que guarda relación con el universo cultural de origen, religioso en este caso, de los *peul* en la convivencia es que no permiten que haya gatos o perros en los lugares comunes o privados de la casa. Por lo demás, los «acogidos» no están obligados a participar en los aspectos de la vida de la comunidad *peul*, que se desarrollan fundamentalmente en el salón, como son las comidas comunes.

Cabe destacar el hecho de que los inquilinos que acogen en el *Vivier* son todos hombres. Sucede de igual modo en el *Geef*, a excepción de la familia cabeza de la acogida, en la que hay mujeres. Esto se debe, entre otras cosas, a cuestiones ligadas a la, desde el punto de vista de la asociación, consistencia del grupo, así como a requisitos (que se imponen) en la distribución espacial y la convivencia. Cuando hay mujeres entre los «acogidos», lo cual es habitual, en ocasiones algunas se quejan ya que se ven apartadas de la comunidad (de hombres).[10] En un orden jerárquico

10 A decir de la coordinadora de las casas *peuls* (quien a su vez es de origen *peul*) si existiese otra distribución y disponibilidad del espacio, como varios salones, por ejemplo, las mujeres *peuls* podrían estar allí y desempeñarían su rol. Por otro lado, cabe apuntar que la mayor

de toma de decisiones y mediación en la convivencia, y con los representantes de la asociación, las casas tienen un funcionamiento diferenciado: en el *Geef* la familia se ocupa de esta función, que a su vez lleva a cabo la acogida, y en particular, con mucha frecuencia, las mujeres de mayor edad del núcleo familiar. En el *Vivier* son los hombres más ancianos y los que llevan más tiempo en la casa quienes desempeñan esta labor.

La mediación de la asociación en la vida comunitaria de las casas peul

En lo que se refiere a la mediación realizada por la asociación en las casas *peul* cabe comentar que hay un contrato oral entre ella y la comunidad *peul* para que presten cierta atención a los acogidos. Estos últimos deben seguir una serie de normas de vida en común, consensuadas con sus compañeros de piso, aunque no haya un reglamento propiamente dicho de orden interno. Por lo que he podido observar, los inquilinos *peul* pasan gran parte del tiempo que están en las casas, en el salón común, bebiendo té, compartiendo el plato común, rezando o discutiendo. Los acogidos, si lo desean, deciden o no unirse a ellos para la comida u otro momento de convivencia en comunidad. Como ya se indicó, ellos no están obligados a participar en los aspectos de dicha vida comunitaria; si lo hacen es por iniciativa propia. Un punto central a destacar es que no existe un encuadramiento terapéutico como tal. Si bien sí se realiza un acompañamiento por parte de los trabajadores de la ONG, el cual es de tipo *colectivo* e *individual*.[11] En algunas ocasiones la gestión del transcurso de la convivencia,

---

parte de los migrantes de origen *peul* en Bélgica son hombres que han dejado a su mujer, o mujeres, e hijos en su país de origen. Sin embargo, hay un porcentaje considerable de mujeres que también emigran.

11 El acompañamiento *colectivo* comprende las reuniones en comunidad que se desarrollan una vez cada mes con todos los inquilinos *peul* y acogidos. Por un lado, en ellas se discute sobre aspectos de la convivencia, de la gestión colectiva del alquiler… Por otro lado, los *peuls* son ayudados por la asociación en diversos trámites administrativos, regularización de papeles, búsqueda de un empleo, etc. El acompañamiento *individual* consiste en una reunión entre los «acogidos» una vez al mes. Hablan de la enfermedad, de los proyectos personales, de las formaciones que pueden seguir. En este sentido hay que señalar que, por una parte, ninguno de los trabajadores de la asociación tiene una formación médica/ terapéutica (predominando las humanidades o la formación profesional no universitaria). Y, por otra, los «acogidos», en función de su demanda, tienen un seguimiento individual por profesionales de la salud externos a la asociación.

llevada a cabo principalmente por la comunidad *peul* y en la que interviene la asociación con los dos tipos de acompañamientos, puede implicar la intervención de esta para adoptar una medida contundente en beneficio del proyecto común:

> A veces no funciona. Ahora acabamos de tener un caso de alguien que hemos tenido que echar fuera porque robaba, tomaba muchas drogas, invitaba a mucha gente a su casa, gente que… no tenía nada que ver con la comunidad, así que todo el mundo tenía miedo, los otros usuarios tenían mucho miedo de esta persona, así que hemos tenido que parar […] A veces hay fracasos… es normal, pero en la mayor parte de los casos funciona bien… Lo que es importante con el proyecto *peul* particularmente es el intercambio de solidaridad que los *peuls* vehiculan a través de su cultura… (Aurélie. Encargada de la acogida e información. Entrevista personal y traducción propia (2006).

Con excepciones como la anterior, en la que todo el proyecto se pone en peligro por una persona, la drástica intervención de la asociación no suele ser habitual. Más allá de la mediación mensual en el acompañamiento colectivo, la cual, junto con las condiciones socio-económicas de los habitantes, influye en el buen desarrollo de la convivencia, la asociación no se entromete en los elementos que conciernen a la gestión organizativa de las casas *peul*. La vida de los inquilinos *peul* en las casas es gestionada por ellos mismos con relación a sus normas y valores de convivencia. En mi trabajo de campo he podido constatar que los acogidos (belgas o extranjeros) e inquilinos *peul* negocian espontáneamente, en el día a día, intercambios de representaciones diversas, como las que se refieren al proceso salud/enfermedad/curación, y maneras de entender la convivencia.

Procesos de abreación en las dinámicas e intercambios interculturales: El caso de F. en el Vivier

Los inquilinos *peul*, si bien pertenecen a una misma etnia de origen con ciertas representaciones y cosmogonías compartidas, no permanecen inexorablemente anclados a ella, pues existe una diversidad de sensibilidades y puntos de vista entre ellos con respecto a la llamada enfermedad mental.[12] No obstante, los universos nosológicos y etiológicos a los

12 La diversidad no se refiere solo a las sensibilidades de las diferentes personas si no a las multiples atribuciones que una misma persona, en contextos variados, puede conferir a la (desde la biomedicina) denominada enfermedad mental. En el contexto migratorio, y en

que reenviar un comportamiento, dolencia o sintomatología difieren en muchos casos de los manejados por la cultura biomédica occidental, lo cual no quiere decir que no la valoren o convivan con ella, pues acuden a centros médicos y farmacias cuando lo creen necesario[13], sino que en esta hibridación y convivencia entre narrativas explicativas y biografías, ciertas representaciones, provenientes de sus universos culturales de origen (y reactualizadas en la comunidad de destino), prevalecen en algunos casos frente a otras de tipo biomédico. Un ejemplo del potencial, en este caso, terapéutico de la convivencia y espontáneo intercambio entre interpretaciones y narrativas explicativas de la enfermedad es el acaecido, antes de mi estancia en la asociación, en el caso de F.

> Una mujer joven, de menos de treinta años y origen belga, a la que llamaremos F. es acogida en la casa *Vivier*. Al igual que otros inquilinos llegó a la casa *peul* tras una fuerte trayectoria médico/psiquiátrica, en la que no había hallado una solución a su dolencia. Su malestar principal provenía del hecho de escuchar voces y de la angustia que ello la provocaba. Una tarde, F., mientras cenaba con un compañero de piso *peul*, decidió hablarle sobre su sufri-

especial el que se realiza en circunstancias difíciles, muchas personas dan una importancia notable al capital salud temiendo y rechazando, en algunos casos, cuestiones relativas a la enfermedad mental las cuales, mientras vivían en la sociedad de origen, podían ser toleradas y gestionadas inclusivamente.

13 En el trabajo de campo que he realizado he podido observar que las representaciones que explicitan las personas *peul*, que conforman las comunidades de las casas, de la enfermedad y de los enfermos son diferentes de las occidentales biomédicas. Así también su manera de llevar a cabo acciones de tipo preventivo, curativo o paliativo con relación al disfrute de la salud y la lucha contra las dolencias de tipo (desde un punto de vista etic) somático o psicológico. Aunque la siguiente información corre el riesgo de simplificar las concepciones de la enfermedad en las comunidades de acogida *peul*, he constatado, al menos en la presentación cultural de la que he sido testigo en mis visitas, que en términos generales estas se inscriben en una concepción de la salud y la enfermedad ligada a la religión (el islam) y su práctica. Esto comprende tanto las prácticas de prevención y curación cotidianas como la visita mensual de un terapeuta tradicional, llamados *marabús* y *cheikhs* para el mundo musulmán y *bileedio* en la práctica animista, que se suele quedar en las casas entre 8 y 15 días (relacionándose, desde el punto de vista de la prevención y la terapéutica inscrita en la práctica religiosa, principalmente con los *peuls* y, en ocasiones, con algunos “acogidos” musulmanes). Tal y como sucede con otros colectivos de migrantes en Bruselas, como el magrebí, y en el caso de las sociedades de origen *peul* (Al Houssein Dia, 2008), la fuerte presencia de cierta práctica del islam tiene el efecto de concentrar las funciones terapéuticas y las figuras de los terapeutas tradicionales en torno al campo predominante de la religión y el Corán. Lo cual enviste de una mayor legitimidad a, por ejemplo, las fórmulas coránicas escritas o recitadas frente a remedios de fitoterapia o manipulaciones operativas inspiradas en la teoría de los humores.

> miento y el motivo del mismo. Esperando una reacción de rechazo, como ya le había sucedido en otras ocasiones al mencionar dicho tema (motivo por el cual en la casa no lo había hecho hasta ese momento), el chico *peul* comenzó a sonreír. Para su sorpresa hablaba con total naturalidad de la cuestión y le explicó que eso no debía angustiarla ya que en su cultura, en algún momento de la vida, le pasaba a casi todo el mundo. Según explicó este fenómeno, para los *peuls*, es llamado *la enfermedad del viento*. Su causa es atribuida a los ancestros que tratan de comunicarse con las personas a través de estas voces. A raíz de dicha conversación y de la integración de su «angustioso secreto» en la socialización cotidiana, sin ser estigmatizada, no solo comenzó a sentirse más aliviada, sino que incluso dejó de escucharlas[14] (Extraído del estudio de caso [Muñoz, 2010]).

La práxis antipsiquiátrica intercultural de las casas comunitarias *peul* propone un ejercicio práctico de cuestionamiento y relativización del universo cultural de la psiquiatría, y sus tomas de posición ideológicas y prácticas, no solo criticando la ortodoxia de la aproximación psiquiátrica, sino oponiéndose a los aspectos jerarquizantes y coercitivos de la misma. En dicha propuesta reniega de los aspectos biomédicos organicistas, tales como la focalización en la medicalización, la clasificación sintomatológica o la jerarquía y la desigualdad de poderes en la relación dicotómica: médico/paciente, profesional/profano, experto/lego. También lo hace de la remisión del malestar y su cura al individuo, exclusivizando su psique y organismo, frente al campo relacional de lo social. Pone de relieve la dimensión política de la psiquiatrización del malestar social (y su catalogación en trastornos psíquicos), así como del exilio, los motivos del mismo, y las condiciones materiales y jurídico-administrativas de residencia, a menudo «ilegal», de los exiliados. Asimismo, esta misma praxis, desde su mirada antipsiquiátrica intercultural, crea un lugar de unión, de reencuentro horizontal y no jerarquizado de diferentes interpretaciones nosológicas de la enfermedad y la salud. Por una parte, las del «acogido» (belga o de origen extranjero), y, por otra, las del inquilino *peul*, generando así una dinámica de intercambio de narraciones, producciones y reinterpretaciones de significados en la convivencia.

14 Con el fin de verificar este caso acaecido años atrás, contrasté la información entre varias fuentes en el proceso del trabajo de campo. Comprobé su veracidad, al menos hasta donde me fue posible, con segundos informantes, y su inserción en el discurso corporativo de la asociación como uno de los ejemplos, constatable, de eficacia curativa.

La consulta etnopsiquiátrica en el Hospital Brugmann (Bruselas)

El Hospital Brugmann fue inaugurado oficialmente en el año 1923. Desde el punto de vista arquitectónico, fue único en su época ya que se trataba del primer hospital belga de trazado horizontal sobre la base de las recomendaciones de los médicos jefes de servicio. La concepción en pabellones, con jardines comunicantes, buscaba limitar los riesgos de contaminación y respetar el medioambiente y la planificación del territorio. Actualmente se encuentra en la frontera entre dos barrios de gran diversidad sociocultural: Laeken, al norte, y Jette, al sur.

Frente a una demanda por parte del medio profesional de psiquiatras y psicólogos que no lograban tratar con eficacia a muchos pacientes de origen extranjero, en el año 1991 se comenzó a introducir en dicho hospital la metodología y aproximaciones de la etnopsiquiatría. Partiendo de un tronco común a las primeras praxis etnopsiquiátricas destinadas a pacientes migrantes, en Francia, el núcleo teorético y metodológico central de la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann se inspira en lo desarrollado por G. Devereux y T. Nathan.[15] Tras la creación del centro Georges Devereux en París se pensó crear uno de iguales características en Bruselas. Debido a diversos motivos,[16] este proyecto se desterró y la consulta de

15 Se puede considerar, tal y como dice Laplantine (1973:134), a George Devereux como la figura más importante que ha influido en el *etnopsicoanálisis contemporaneo,* tras su obra *Mohave ethnopsychiatry and Suicide* (1961). Devereux propondrá una *aproximación complementarista*, en la cual se abordarán separadamente los niveles explicativos que se desprenden de la posición desde la que el terapeuta observa: esto es lo *psicológico*, lo *social* y lo *cultural*. El método complementarista presupone y exige la existencia de diversas explicaciones, en el que cada una es exhaustiva en su cuadro de referencia, pero apenas parcial en otro cuadro distinto. Se trata, pues, no tanto de una teoría, como de una generalización metodológica, no excluyendo, en la práctica, ningún método o teoría terapéutica sino, más bien, coordinándolos (Devereux, 1998). Es así que lo importante, desde este punto de vista, será la eficacia que se desprenda de un mecanismo terapéutico adaptado al universo del paciente, más allá de si se fundamenta en el razonamiento científico o específico de una religión o etnia determinada. La primera práctica etnopsiquiátrica, destinada a los pacientes inmigrantes en hospitales y clínicas europeas la desarrolló, en 1979, Tobie Nathan en el Hospital Avicenne de Bobinny (Francia). En 1993 fundará el centro Devereux en París.

16 Entre otros, la conveniencia de mantenerse en el seno de un hospital público y no convertirse en un centro específico para inmigrantes (Woitchick, 2006). Esta característica evita una de las críticas más frecuentes, como la de Fassin (1999), que se le ha hecho a la consulta de etnopsiquiatría de Nathan en París. Por otra parte, las cuestiones de la precaución en el uso de los objetos activos (excluyéndose técnicas usadas con frecuencia en el centro

etnopsiquiatría se mantuvo en el interior de la estructura hospitalaria de Brugmann y la red de cuidados sanitarios pública. Actualmente la consulta tiene lugar todos los jueves, de 13:30 a 19:00, con una duración variable en cada sesión entre una y dos horas (siendo, una vez al mes, alrededor de cinco sesiones por paciente), en el pabellón de consultas del área de psiquiatría. El espacio en el que se desarrolla la misma es uno de los despachos, donde acontecen las consultas «convencionales» durante la semana, habilitado de tal forma que los terapeutas (en un número variable entre diez y quince), el paciente y sus acompañantes forman un círculo junto con el etnopsiquiatra. En la disposición espacial el psiquiatra se adentra en el interior del círculo, frente al paciente, sin llegar a estar en medio.

Los terapeutas y los pacientes

En la consulta etnopsiquiátrica del Hospital Brugmann el grupo de terapeutas tiene un carácter multidisciplinar: reúnen formaciones académicas diversas como la psicología, la psiquiatría, la antropología o la sociología.[17] Los orígenes culturales también son variados. Todos los terapeutas de orígenes alóctonos hablan sus lenguas maternas y el francés, siendo en algunos casos esta su lengua materna. El etnopsiquiatra ha nacido en Bélgica, si bien es de origen polaco.[18]

Los canales de llegada de los terapeutas son muy diversos. Por lo general una gran parte hacen prácticas en el último año de su carrera o de posgrado, y son enviados por la Universidad Libre de Bruselas u otras. Otros (como fue mi caso) son investigadores o estudiantes de doctorado. Por otra parte existe un grupo de unas cinco o seis personas, con cierta cohesión y regularidad en la asiduidad, que acude desde años atrás habitualmente. Mayoritariamente son profesionales de la salud mental, edu-

Devereux, como las adivinatorias [cauris, etc.]) y la apertura a la entrada de terapeutas e investigadores, son significativamente diferenciadoras en la aproximación etnopsiquiátrica de Brugmann con respecto al centro Devereux de París.

17 Estas características no son siempre compartidas por otras prácticas etnopsiquiátricas. Moro aconseja que los participantes en el grupo de terapeutas sean preferiblemente diez (1998), y que su formación provenga de la psiquiatría o psicología (1994).

18 Los terapeutas proceden de países diversos como Bélgica, Congo, Turquía, Marruecos, Túnez, Francia, etc.

cadores y trabajadores sociales ejerciendo.[19] Un elemento a destacar con respecto a la interacción de los terapeutas en la consulta es el relativo a las intervenciones, las cuales no están programadas con anterioridad, así que responden a la espontaneidad y el buen criterio de los terapeutas. Sin embargo, el modo de inserción del terapeuta en el dispositivo, la forma de llegada (su vinculación, subordinada o no, con el etnopsiquiatra) y el trabajo a desempeñar condicionan las mismas. Estas, a pesar de que son por lo general frecuentes, están centralizadas, en la línea de la corriente etnopsiquiátrica fundacional en Europa (defendida por autores como Moro [1998] y Nathan [1998]), por el psiquiatra. La llegada de los pacientes a dicha consulta sucede por diversos cauces. En su mayoría, son enviados por psiquiatras de otros hospitales o consultas (en el propio Brugmann). Otros llegan a su vez derivados de centros de asistencia social estatales (como los centros de acogida de menores) u ONG que conocen este tipo de aproximación. Asimismo, también los hay que acuden por el «boca a boca»; esto sucede principalmente al conocer a alguien en su comunidad que fue tratado en dicha consulta[20], o a través de alguno de los traductores lingüístico-culturales.[21]

19 Estos últimos colaboran por su propia motivación ya que ninguno de los terapeutas, a excepción del psiquiatra (y de los traductores en algunos casos), son retribuidos económicamente.

20 El motivo principal por el que son enviados, o acuden, a dicha consulta los pacientes es el de las dolencias y síntomas atípicos atribuibles a especificidades culturales (o relativas al vector migración). Sin embargo, como vemos después, las especificidades culturales/migratorias no intervienen siempre, ni son de manera obligada un objetivo a problematizar o un factor etiológico prioritario en la dinámica terapéutica, dándose otras como las psicosociales o mediadoras (de pareja o socio-laborales, por ejemplo) con frecuencia.

21 En las consultas, el etnopsiquiatra prefiere que esté siempre un traductor presente, aunque los pacientes hablen perfectamente el francés. Sin embargo, en la práctica, cuando no es estrictamente necesario, no hay traductor ya que no es fácil encontrar a aquellos que manejen la traducción y la mediación de manera profesional (y que cuestiones como la proximidad al entorno del paciente, la falta de experiencia en contextos psiquiátricos, las contratransferencias perturbadoras o los aspectos conflictivos en lo que se refiere al papel que debe desempeñar no interfieran problemáticamente en su labor y en la de los terapeutas). En una de las sesiones, durante mi trabajo de campo, estuvimos discutiendo con una paciente de origen turco, a lo largo de casi un cuarto de hora, sobre el sentido que ella le daba a la palabra «amor» (a ella me refiero, posteriormente, en el apartado de los *objetos activos*). En la consulta, la traducción es percibida como material terapéutico, fundamental para la curación. Además, como señala Nathan (1998), se defiende la perspectiva de que discutir abiertamente la traducción de las palabras del usuario y de su familia convierte al mismo enfermo en aliado y experto en la exploración de la etiología del trastorno psicológico.

Con respecto a los perfiles socio-culturales de los pacientes, estos son muy diversos. Por lo general, el perfil socio-económico suele ser de clase media y media/baja; sin embargo, hay también casos de personas que provienen de clases media/alta e incluso alta. Las procedencias culturales son a su vez muy heterogéneas.[22] Los pacientes a los que no conoce el psiquiatra y es la primera vez que acuden a la consulta suelen tener una entrevista previa, a solas o en compañía de uno o dos terapeutas, antes de ser tratados por el grupo.

Causalidades, síntomas y motivos
por los que los pacientes acuden a dicha consulta

La consulta es un lugar de encuentro entre diferentes culturas con distintas representaciones de la enfermedad, así como atribuciones causales, expresiones sintomatológicas y concepciones de la curación. Ateniéndome a lo observado en el trabajo de campo, a continuación distingo, con la cautela de este tipo de ejercicios que sirve para la clasificación y el análisis, entre varios *tipos de pacientes*: *a)* Personas que no presentan ningún tipo de trastorno, o este es de tipo leve, y en las que no existe un discurso relativo a la enfermedad; *b)* personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas en cuyas representaciones, sintomatologías y discursos predomina el universo biomédico, y *c)* personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas en cuyas representaciones, sintomatologías y discursos no predomina el universo biomédico y sí otros universos simbólico-culturales.[23] A

22 Existe una proporción elevada de población del Magreb (Marruecos principalmente y también Túnez), turca y del África Subsahariana (África Central —Ruanda y Congo— y Occidental —Senegal—). También hay pacientes que provienen de países de Europa del Este y Latinoamérica. En algunos casos el paciente es de Europa Occidental (y Bélgica). El tiempo de residencia en Bélgica de los pacientes de origen extranjero es muy diverso, dándose el caso de algunos que acaban de llegar (de sus países de origen o de residencia) o llevan casi toda su vida viviendo en este país. Los que nacieron en Bélgica son, mayoritariamente, primeras o (en menor medida) segundas generaciones. Por otra parte, las edades abarcan un espectro variado que comprende desde bebés hasta hombres y mujeres ancianos. Y no se excluye a nadie por su estatus jurídico-administrativo o su capacidad económica (para afrontar el sistema de copago belga).

23 En estos casos que he podido observar, el paciente posee un modelo explicativo sobre su dolencia que puede remitir en mayor o menor medida a universos simbólico-culturales de origen (como la magia o la brujería), o explorar la causa de su dolencia por medio de las herramientas que posee y que se dirigen a la anterior cosmogonía. Sin embargo, acude a la

su vez cabe hacer una subclasificación aplicable a cada apartado anterior con respecto a la *aproximación predominante por parte de los terapeutas y psiquiatra*: *a)* Desde la (etno)psiquiatría clínica, personas que no necesitan de una terapia como tal, sino de un trabajo del tipo del acompañamiento o la mediación socio-familiar (con relación a su pareja, hijos, etc.); *b)* aquellas que precisan de la terapia etnopsiquiátrica, y *c)* las que, además de la terapia en la consulta de etnopsiquiatría, requieren de una terapia complementaria (por ejemplo personas víctimas de torturas, abusos, violaciones…).

Funciones del grupo de terapeutas en la configuración espacial de la consulta

En la consulta, el dispositivo espacial es concebido para vehicular una serie de procesos impulsados por el grupo multicultural de terapeutas y el etnopsiquiatra. Recreando el efecto de la influencia analógica, propiciada por el espacio cerrado estructurado (como el *medio maná* de Mauss[24] (1902 [2001]) alrededor de analogías formales, el paciente sale de su aislamiento patológico y se reintroduce en un proceso de mediación con otros seres humanos situados, como él, cada uno en su círculo cultural de pertenencia (o identificación).

El grupo multidisciplinar de terapeutas cumple diversas funciones en el desarrollo de la consulta. Algunas de las principales son las siguientes: *a)* Dota de *carácter público* a la consulta, que actúa de grupo de control, testimonial, supervisando y sometiendo a la observación tanto la relación de poder, y el saber hacer, del psiquiatra con el paciente, como la suya misma; *b)* actúa como un *cortafuegos* ayudando a disipar, o diluir, los posibles efectos adversos que la constante exposición a las consecuencias,

consulta para que le ofrezcan una explicación de tipo biomédico que le permita dar un sentido y control, y que de otra forma no tiene, a su situación. También acuden algunos pacientes con sintomatologías nunca vistas con anterioridad (este es el particular de un paciente, de origen turco, cuya dolencia psicosomática consistía en no poder acudir a un lugar en donde no hubiese sanitarios cerca (ver Muñoz [2010]).

24 Mauss, retomando las teorías melanesianas, enuncia que: «El maná es una acción de un cierto tipo, una acción espiritual a distancia que se produce entre dos seres simpáticos […] es una función en un medio que es maná. Es una especie de mundo interno y especial, donde todo ocurre como si el maná solo estuviese en juego».

vehiculadas en la dolencia y narrativa del paciente, de experiencias traumáticas puede tener para el terapeuta, confiriendo una mayor consistencia emocional al grupo, así como coherencia a su práctica clínica; *c)* a efectos terapéuticos,[25] el grupo sirve de *actor resocializador,* movilizando recursos y habilidades cognitivo/comunicativas del paciente, y ayuda a que la *transferencia y contratransferencia* sean de mayor eficacia terapéutica; *d)* ser un referente heteróclito como grupo participante en las instituciones y perteneciente al país de acogida, compuesto por personas originarias de culturas alóctonas y autóctonas;[26] *e)* constituye, por un lado, un *potencial terapéutico de enfoques y aproximaciones* desde las distintas formaciones académicas, trayectorias vitales y representaciones culturales, y, por otro, en el plano lingüístico, puede *supervisar la tarea del traductor*, en el caso de haberlo, y aclarar términos o reflexionar en torno a sus significados en la lengua materna del paciente, y, finalmente, *f)* el grupo cumple a su vez la función de conformar un seminario, es decir, que *recrea un espacio de creación de pensamiento,* un lugar de reflexión e investigación.

El uso de los objetos activos y la circulación de bienes

En la consulta de etnopsiquiatría de Brugmann existe una predisposición, por parte de los terapeutas, a la apertura con respecto a la incorporación de técnicas o herramientas, de procedencias culturales (y funciones) diversas, que puedan ser eficaces en el manejo de las dinámicas desencadenantes de la curación.[27] La principal, y con un carácter generalizable a todos los pacientes con los que se considere que pueda ser operativa, es el uso de los llamados *objetos activos.* Cabe señalar que utilizan, en momentos puntuales y cuando así es propuesto o demandado, objetos cuya

25 Esto, en teoría, sucede tanto en los casos de pacientes de origen extranjero para los que, debido o no a su cultura de origen, la terapéutica en un ámbito privado es inconcebible, como con otros, por ejemplo, de origen europeo (e insertos en una narrativa explicativa, del proceso enfermedad/atención/curación, biomédica), con los que esta misma diada no sea operativa.

26 Lo cual, desde el punto de vista de la mecánica curativa, permite además que el paciente pueda pasar de ser un individuo universal (descontextualizado) a ser un representante del grupo cultural del cual es originario, y, se entiende, se identifica (Nathan, 2001: 114).

27 Sin embargo, tal y como ya se apuntó anteriormente, en la actualidad no se hace uso de técnicas procedentes de los «universos culturales de origen del paciente», como las adivinatorias (kauris, etc.), usadas con frecuencia en el caso del centro George Devereux de París.

utilidad reside en el hecho de circular, física o simbólicamente, del paciente al grupo de terapeutas (y viceversa). Estos poseen siempre un valor y función específica significantes para los actores implicados. Dentro de esta segunda categoría se encuentra, por ejemplo en el caso observado de una paciente de origen turco, el uso de la flauta tradicional turca (procedente de la región en la que nació) por parte del traductor lingüístico-cultural.[28] En otros casos, se trata de regalos ofrecidos abiertamente por el etnopsiquiatra o recibidos del paciente. En una sesión, durante mi trabajo de campo, un paciente le regaló al etnopsiquiatra dos *ghaytas* (instrumento musical marroquí). La postura teórica en la circulación de bienes, defendida por el etnopsiquiatra y algunos terapeutas, reside en el valor de las funciones, en la mejora de la eficacia terapéutica, que cumple el acto de dar y de recibir objetos.[29] Por su parte, los llamados *objetos activos* en la consulta de etnopsiquiatría se inspiran, para su mecánica utilitaria, de la noción, señalada antes, del *medio mana* enunciada por Mauss (1902 [2001]), así como, para su composición, de las características de los fetiches en culturas como las centroafricanas. No voy a detenerme en la explicación general de la función y características de los objetos activos; para ello me remito a Nathan (1998, 2001, 2001[2], 2004) y a lo comentado, por medio de estudios de caso clínicos, en otros lugares sobre esta consulta (Muñoz, 2010). Sin embargo, sí quiero mencionar brevemente cómo se usan estos en las sesiones de Brugmann. En este sentido su uso es puntual, cuando surge el caso de un paciente para quien sí pueden ser útiles, sin llegar a ser frecuente. Las dos maneras más recurrentes de hacer que he podido observar se encuentran vectorizadas por dos tipos de movimien-

28 Esta situación (promovida por el traductor, músico a su vez) da lugar a una transferencia que tiene como consecuencia la activación de recursos olvidados por la paciente, como una afición recobrada por la poesía de la cual nos hará partícipes u operadores efectivos en el proceso de resolución de la problemática que la lleva a la consulta.

29 Entre otras, por ejemplo, al promover la resocialización del paciente con el grupo, la cohesión entre los actores partícipes del dispositivo, etc. En este sentido podríamos apuntar a la cuestión de la importancia del don y la recepción desarrollada por Mauss (1925 [2009]). En ocasiones se trata de bienes, como la comida, repartidos entre todos los actores; pero en otras, como en la señalada, el valor de cambio y uso de los objetos van dirigidos a un receptor específico: el etnopsiquiatra y paciente. En mi opinión, esta cuestión es problemática al poseer estos bienes en circulación, en este contexto terapéutico de desigualdad de poder, un valor, entre otros, económico que puede desencadenar relaciones de dominación. La eficaz supervisión y promoción del grupo y etnopsiquiatra en estos intercambios para que sean equitables y evitar procesos de seducción/persuasión lucrativos se revelan fundamentales.

tos en la relación entre los terapeutas y el paciente: la donación de *objetos activos*, o su recepción. De este modo el objeto puede ser donado por el grupo de terapeutas al paciente o, fruto de una demanda anterior, recibido por el grupo de este. A su vez, la acción puede estar constituida por dos particularidades. Por un lado, en el primer caso, que la acción no sea premeditada y se elabore en la espontaneidad de una situación considerada propicia para que, tal vez, ejerza alguno de los efectos deseados. Por otra parte, puede o bien ser elaborado (u obtenido) y ofrecido por el grupo en un momento planeado de antemano, o, en el segundo caso, pedido por los terapeutas al paciente con el objetivo de que lo construya y done al grupo. En todos los casos se trata de priorizar la transferencia y contratransferencia como elementos empíricos determinantes de la terapéutica, y volverlas manejables y sujetos de reflexión.

Algunas contextualizaciones a la crítica general de los dispositivos etnopsiquiátricos

Para finalizar quiero contextualizar, brevemente, algunas de las críticas que se hacen a los dispositivos etnopsiquiátricos, a la luz de mi trabajo de campo y de lo expuesto con anterioridad.[30] Ciertos cuestionamientos de los terapeutas del dispositivo, como el enunciado por Fassin (1999) o Rechtman (1995), con respecto a la atribución de una racionalidad exótica, diferenciada y esencialista al inmigrante únicamente en categorías propias a su universo cultural adscrito (djines, rabs, etc.) —lo cual es analizado con más detalle por medio de estudios de caso en otro texto (Muñoz (2010)—, no son aplicables (más allá de articulaciones concretas y no sistemáticas) a la práctica de Brugmann. Con mayor o menor habilidad, según el momento, se tiende a considerar a la propia psiquiatría como una cultura, y al paciente como un actor portador de una diversidad de representaciones y modelos, entre otros el biomédico. Al mismo tiempo se

30 Gran parte de las críticas que se han realizado a los dispositivos etnopsiquiátricos, por autores como Rechtman (1995, 1999, 2000), Fassin (1999, 2000) o Jaffre (1996), están fundamentadas en las lecturas de los textos de sus defensores y no en el trabajo de campo y la observación de los mismos. Esto no quiere decir que no sean relevantes para evitar las derivas y peligros que puede comportar una mala praxis etnopsiquiátrica, pero en muchos casos, en mi opinión, deberían ser particularizadas (y refutadas en ocasiones) con la observación de la inserción de las teorías, y las posturas ideológicas de los defensores, en las prácticas concretas.

abordan casos desde un punto de vista más relacionado con la mediación, por ejemplo familiar[31], que con el tratamiento de la alteridad por medio de categorías culturales reificadas.

Por otro lado, y siguiendo con la crítica de FASSIN (1999), las derivas segregadoras que generan dispositivos específicos para la atención a la alteridad, como ya se mencionó antes, fuera del circuito de atención normalizada, tampoco se pueden aplicar a esta praxis al estar inserta en un hospital público.

Consideraciones finales

Las praxis descritas y analizadas en el texto, desde el ámbito asociativo y el institucional público, son dos ejemplos emblemáticos, por sus características y aproximaciones, en la constelación de prácticas sanitarias interculturales existentes actualmente en Bélgica. La descripción y análisis de ambos casos, de sus debilidades y fortalezas, ha tenido un objetivo principal: proponer para el debate dos respuestas creativas y eficaces que los actores, en campos sociales diferentes de Bruselas y haciendo uso de una perspectiva intercultural, producen para solventar las problemáticas con las que las personas, con itinerarios socio-culturales diversos, se encuentran en su acceso y disfrute de los cuidados sanitarios. Su resultado en la mejora, a dicho acceso y disfrute, se debe, por un lado, a la creación de marcos de reconocimiento e impulsión de saberes y prácticas de cuidados sanitarios, desde una concepción de coproducción de significados del trinomio salud/enfermedad/atención, adaptados al paciente y eficaces en la curación, y, por otro, a su sensibilidad hacia los procesos y productos de las síntesis e intercambios culturales en el arte del encuentro y convivencia entre trayectorias vitales diferentes.

En la consulta de Brugmann, la buena praxis de sus dispositivos y aproximaciones, y la prudencia frente a los peligros de reducción culturalista de los cuerpos y subjetividades a epifenómenos patogénicos por su mestizaje cultural, su pasaje migratorio o su procedencia socio-cultural diversa permite una mejora en el acceso, en este particular, de las perso-

31 Donde los aspectos culturales están articulados a la problemática individual, familiar o social. A su vez, en algunos casos, se interviene en el ámbito de lo social por medio de cartas de recomendación a jueces, consejos jurídicos para la legalización de la estancia en Bélgica, etc. (ver MUÑOZ, 2010).

nas de origen extranjero, y la calidad de los medios sanitarios, luchando contra las barreras excluyentes de la cultura biomédica y organizativa de cuidados, fruto de miradas monoculturales, etnocéntricas y sociocéntricas. De este modo, frente a la limitación de una mala psiquiatría que solo se ciña a elementos parciales como los fisiológicos o psíquicos, la aparición de lo cultural, desde una perspectiva dinámica y ecosistémica, y de una concepción antropológica del ser humano y de los procesos salud/enfermedad/curación, en la práctica médica, es capaz de mejorar las limitaciones de una intervención susceptible de reducir a los pacientes y sus subjetividades y contextos de vida, así como de hacer hincapié en la comprensión reflexiva de los espacios, prácticas y, en definitiva, culturas desde las que los profesionales de la salud mental actúan. A su vez, propone formas creativas y eficaces de intervención terapéutica.

Desde el ámbito asociativo, la práctica antipsiquiátrica intercultural de «L'autre lieu», propone espacios comunitarios de convivencia y escucha el intercambio de narrativas relacionadas con la dolencia desde una perspectiva democrática de coproducción intercultural de significados. La creación de un lugar de convivencia entre trayectorias socio-culturales diversas propicia la emergencia de procesos de coparticipación en la vivencia, expresión y representación de la enfermedad, y promueve, de forma mediada por el universo intercultural, remisiones en el sufrimiento de los acogidos de orígenes socio-culturales diversos, autóctonos y extranjeros. Al mismo tiempo que genera un lugar de referencia para la comunidad *peul*, en Bélgica, donde residir en condiciones dignas y poder ser asesorados en la tramitación del asilo político.

Bibliografía

Comelles, J. (2004) «El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el S. xxi». En Fernández Juárez, G. (coord.) (2004) *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: Abya Yala.

Devereux, G. (1977) *Essais d'ethnopsychiatrie génerale*. París: Gallimard.

— (1998) *Ethnopsychanalyse complémentariste*. París: Flammarion.

Dia, Al H. (2008) *La psychiatrie au pays des marabouts*. París: L'Harmattan.

Fassin, D. (1999) «La santé des immigrés et des étrangers: méconaissance de l'objet et objet de reconaissance». En Joubert, M. (eds). *Précarisation, risque et santé*. París: Inserm.

Fassin, D. (2000) «Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britaniques aux banlieus parisiennes». *Revista L'homme*, 153, 231–250.

Gailly, A. (2009) «La atención sensible a la cultura». En Comelles, J.; Allué, X. B.; Fernández-Rufete, M.; José y Mascarella, L. (Comps.) (2009) *Migraciones y salud.* Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Vigili.

Giménez, C. (2003) «Pluralismo, Multiculturalismo e Interculturalidad. Propuesta de clarificación y apuntes educativos». *Educación y futuro. Revista de investigación aplicada y experiencia educativa,* 8, 11–20.

Jaffre, Y. (1996) «L'interpretation sauvage». *Enquête, interpreter, surinterpreter*, 3: 177–190.

Laplantine, F. (1973). *L'Ethnopsychiatrie*. París: Éditions Universitaires.

Leman, J. y Gailly, A. (1992) *Les thérapies interculturelles. L'interaction soignant/soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*. Bruselas: Boeck-Wesmael.

Lévi-Strauss, C. (1966) «Introducción de Lévi-Strauss a la obra de Mauss», en Mauss, M. (1966) *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.

Mauss, M.(1925) (2009) *Ensayo sobre el don.* Versión electrónica: google books. Katz editores.

— y Hubert, H. (1902) (2001). *Esquisse d'une théorie générale de la magie*. Versión electrónica: <http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss>.

Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migration.* París: Presses Universitaires de France.

— (1998). «Quelques definitions en ethnopsychiatrie». *Pour la Recherche*, 17. (sin paginar).

Muñoz Martínez, R. (2010) *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental. Estudios de caso en Bélgica y España*. Tesis doctoral inédita. (<http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/51145751.html>)

Nathan, T. (1998). «Ethnopsychiatrie: actualité, spécificité, définitions». *Le carnet Psy,* 33, 10–13.

— (2001) *L'influence qui guérit*. París: Odile Jacob.

— (2001 (2)) «Fonctions de la chose et de l'objet dans les dispositifs thérapeutiques». *Etnopsy. Les mondes contemporains de la guérison*, 2, 5–42.

Nathan, T. y Stengers, I. (2004) *Médecins et sorciers*. París: Les empêcheurs de penser en rond.

Rechtman, R. (1995) «De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle», *L'Èvolution psychiatrique*, 60, 637-649.

Rechtman, R. (1999) «Y a t-il un abord ethnopsychiatrique du desir?» *L'Èvolution psychiatrique*, 64, 64–78.

— (2000) «De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries». *Hommes et migrations*, 1225, 46–61.

Roosens, E. (1989) *Creating ethnicity. The process of ethnogenesis*. London: Sage Publications.

Waitzkin, H. (1991) *The politics of medicals encounters.* Yale: Yale University Press.

Woitchick, P. (etnopsiquiatra en Brugmann), (2006). Aurelie. (Encargada de la acogida e información, L'autre lieu) (2007). Entrevistas personales para la tesis doctoral: Muñoz Martínez, R. (2010). *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental. Estudios de caso en Bélgica y España*. (<http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/51145751.html>).

9. DESDE DENTRO DE LA INSTITUCIÓN. UNA ETNOGRAFÍA (POST)MANICOMIAL

Serena Brigidi M.A.; Ph.D.
Medical Anthropology Research Center
Departament d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili
serena.brigidi@urv.cat

A Elena y Sara

Introducción. Una «-óloga» ajena

En muchas etnografías hospitalarias clásicas el antropólogo suele proceder de su experiencia como enfermo-paciente (DiGiacomo, 1987; Murphy, 1990; Frank; 1991; Allué, M. 1998), es profesional sanitario miembro del organismo sanitario (Allué, X. 1999; López, 2007) o el proyecto implica directamente el mismo hospital, de manera que se convierte al antropólogo en alguien «interno» y dependiente de la institución (Peneff, 1992; Clark, 1993; Goffman, 2001). Ninguno de esos fue el mío. El hospital para mí representaba un ámbito *ajeno* y *exótico*, regido por leyes de una micro-sociedad médica de la que no formaba parte, ni que, en muchas ocasiones, comprendía. Las jerarquías propias de las instituciones globales (Goffman, 2001) y las pautas políticas y territoriales evidenciaban una práctica médica apartada de la globalidad del cuerpo del paciente-informante, de su diversidad e identidad[1], de manera completamente distinta a lo observado con anterioridad en los centros de atención a la salud mental. Yo no era ni enferma, ni profesional de la salud, ni personal del centro. Representaba a alguien con una de las muchas profesiones

1 En el hospital «se uniformiza al paciente otorgándole a nivel administrativo el número de cama, el de su filiación sanitaria o el de su historia clínica. Para los profesionales, en los pasillos de las instituciones hospitalarias, los usuarios somos "un pie", "un hígado" o "un síndrome de inmunodeficiencia". La patología domina hasta tal punto, en los procesos interactivos con los profesionales de la salud se pierde tanto la identidad, que maquinalmente nos conocen por aquella parte del organismo que se describe como dañada en la historia clínica que sostienen en sus brazos» (Allué, M. 2008: 38).

indefinidas que acaban con «-óloga», que llegaba de Cataluña a Italia y que quería curiosear como *si fuera* una médica en el pabellón de las *locas*. Dicho en otras palabras, nadie sabía bien quién era, lo que hacía y por qué lo hacía, a pesar de mis esfuerzos iniciales para explicarlo.

Así empecé mi trabajo de campo en la clínica psiquiátrica de la Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino[2] de Génova, respaldada por una beca de movilidad de la AGAUR[3] y apoyada por un tutor, Dr. Lucas, psiquiatra de la institución de destino. Después de tres meses salí de la clínica psiquiátrica muy agobiada por el ambiente manicomial que allí vi. Tenía más material referente a los profesionales y la institución, que de los pacientes latinoamericanos con los que me había ido relacionando para desarrollar mi tesis (Brigidi, 2009). Por otra parte, en el ala psiquiátrica no existía la posibilidad ni el tiempo de profundizar en los procesos de comunicación (biomédicos) entre el terapeuta y el paciente[4], ni sobre la visión subjetiva de la enfermedad[5]. Incluso disminuía el espacio de reconocimiento del malestar. Las necesidades políticas y económicas imponían los «tiempos» de una diagnosis, y, si no procedían de lo político o económico, era el mismo paciente quien requería una rápida identificación nosológica. Tanto profesionales como pacientes resultaban seguidores de una *fast health* (Brigidi, 2009). Lo individual quedaba aniquilado no solo en el ambiente subjetivo y social del padecimiento, sino en la relación con los terapeutas. El paciente era expropiado del acto diagnóstico, orientativo, decisional, farmacológico y terapéutico mucho más que en las otras realidades observadas. Y, la mayoría de las veces, también el terapeuta era despojado de todo ello a causa de la obligación de cumplir con categorías diagnósticas *consistentes*, *universales* y *reconocidas*.[6] De este modo, el contexto se convirtió, más que otros escenarios, en un importante objeto de análisis.

2 En el centro de la ciudad están situados los dos grandes hospitales, el E. O. Hospitales Galliera y la A. O. San Martino. También opera el Ospedale Evangelico Internazione, ente eclesiástico civilmente reconocido, aunque desprovisto de Urgencias.

3 *Beques per a estades per a la recerca fora de Catalunya* —BE 2005— financiada pel *Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca, Catalunya*.

4 ¿Cuántos pacientes psiquiátricos conocen el *nombre* de su enfermedad? ¿Cuántos de esos saben explicar a otros en qué consiste su malestar?

5 Me refiero al aspecto del *illness*. ¿Cuántos han explicado a los terapeutas las razones de su trastorno? ¿Cuántos han descrito su(s) experiencia(s) psiquiátrica(s)?

6 Véase todo el capítulo segundo sobre Políticas Psiquiátricas.

Etnografía con bata blanca

La psiquiatría es el único negocio donde
los clientes nunca tienen la razón.

A. Jorodowsky[7]

Disfrazarme con una *bata blanca* y empezar una etnografía desde dentro de la institución me cautivaba y, sin embargo, representaba un cambio en la labor hasta entonces desarrollada. Documentar nuestra cultura médica, observar las relaciones entre los profesionales y los pacientes, la manera de describir y narrar la enfermedad y enriquecer de «movilidad» mi trabajo de campo que había sido muy estático hasta entonces (sentada al lado del psiquiatra dentro de algunos centros ambulatoriales de atención a la salud mental) garantizaba una nueva perspectiva a la investigación doctoral en migración y salud mental que estaba llevando a cabo (Brigidi, 2009). Además, a pesar de la aparición de etnografías hospitalarias y psiquiátricas (Goffman, 1961[2001]; Caudill, 1966; 1981; Schreber, 1986), existe poca bibliografía sobre los aspectos metodológicos específicos (Tosal y otros, 2007; Hurtado, 2007). Es decir, no habían sido tratados los aspectos relacionados con el acceso al campo, el rol del antropólogo dentro de la institución y las posibilidades y las restricciones técnicas; asimismo, tampoco el consentimiento informado, la posibilidad de grabar a los informantes en el pasillo, los aspectos «éticos» implícitos concernientes a la realización de la investigación (Tosal y otros, 2007) y los sentimientos que el antropólogo vive en referencia a la aparente a-terapeucidad del campo (Brigidi, 2009).

Desafortunadamente, el entusiasmo con el que entré en la clínica y en el contexto universitario genovés quedó mitigado por las dificultades prácticas vividas y la «pobreza» de estímulos presente en el marco de migración y salud mental. Para cumplir mis parámetros de investigación tenía que readaptar mis previsiones. El contacto con el Dipartimento di Scienze Neurologiche, Oftalmologia e Genetica de la Universidad de los Estudios de Génova que incorpora la clínica psiquiátrica no solo fue pensado para tener un apoyo institucional, sino porque en Génova no existe nada parecido al SATMI (Servicios de Atención al Trastorno Migrante),

7 Véase el siguiente enlace: <http://planocreativo.wordpress.com/2012/12/27/la-psiquiatria-es-el-unico-negocio-donde-los-clientes-nunca-tienen-la-razon-alejandro-jodorowsky/>.

donde había desarrollado mis observaciones iniciales en Barcelona (Brigidi *et alii*, 2007); ese centro podría garantizar la variedad observada en mis precedentes escenarios. Contacté con el Dr. Lucas, psiquiatra e investigador confirmado de la clínica, experto en etnopsiquiatría.[8] En octubre, no sin pocas dificultades burocráticas, empecé mi primera experiencia hospitalaria.

Una institución global: La clínica psiquiátrica

La clínica es el primer pabellón que se encuentra al entrar en el inmenso complejo hospitalario genovés. Fue fundada en 1422 por el jurisconsulto Bartolomeo Del Bosco y está definida como una «ciudad en la ciudad»: cuenta con 4.500 trabajadores y 20 km de viales internos en 3 hectáreas de territorio.[9]

La clínica psiquiátrica forma parte de los edificios históricos que componen la *ciudad médica*. Se presenta externamente como una estructura ruinosa y se encuentra constantemente en rehabilitación. No es un edificio muy grande y tiene tres pisos. En la planta baja están los ambulatorios territoriales de higiene mental y algunos despachos de profesores. En el entresuelo están el pabellón de hombres, la biblioteca (lleva años en recuperación) y los estudios de otros docentes. Finalmente, en el último piso, está la sección de mujeres donde transcurrieron mis tres meses de estancia de campo. La escalera que conduce al piso de las mujeres hospitalizadas prosigue en otro nivel hacia lo que debería ser el terrado del edificio, pero una red metálica de una vieja cama oxidada impide el paso a los peldaños superiores. Más allá de la red, unos colchones viejos y algunas sillas de ruedas rotas y desmanteladas crean una atmósfera de abandono y desconsuelo. En el pabellón, todo evoca el recuerdo de un ex-«hospital de locos»: los colores verde y blanco de los envejecidos azulejos, la ausencia de cuadros y de pósteres colgados en las paredes, el intenso olor a asilo de ancianos, el aire viciado de depresión y tristeza y las pacientes eternamente en bata que se arrastran a lo largo el pasillo central. Lo más impactante

8 Con etnopsiquiatría me refiero a una psiquiatría que tiene como objeto de estudio los migrantes, asumiendo como epistemología de la ciencia el valor que ella da al concepto de alteridad (Beneduce, 2005; 2007; Coppo, 1994; 2002; Fassin, 1996; 2006).

9 Véase: <http://www.hsanmartino.it> [consulta el 5 de diciembre, 2006].

es que cada ventana, puerta o despacho del pabellón están cerrados con llave. De libre acceso queda la entrada a las habitaciones y al baño de las pacientes. La privacidad es un elemento de *sentido único* hacia los profesionales. Todo lo demás está limitado, prohibido. María, la jefa de las enfermeras, me contó que años atrás había solo una ventana descubierta en el despacho de las enfermeras y, en principio, prohibida a las *huéspedes*. A pesar de los controles, una paciente consiguió entrar y lanzarse desde el tercer piso. Tras el accidente también la cserraron.

Trabajando en la clínica, el primer problema era «tener las llaves» de acceso al pabellón, privilegio del que difícilmente se goza y que solo logré tras un «periodo de prueba». Las obtuve casi al final de mi estancia: un par de llaves que algún enfermero había rechazado por defectuosas y que no servían para la mayoría de las puertas, así que casi no las usaba. Las consideré un don simbólico de las enfermeras al terminar mi iniciación en la clínica. Por consiguiente, durante toda mi estancia tuve que solicitar que me abriesen la puerta de entrada a la sección de mujeres usando el timbre, para luego llamar a la consulta-refugio de los médicos a fin de poder entrar sorteando las perseverantes pacientes posicionadas frente al vestíbulo. El problema de las llaves se extendía también a mis necesidades fisiológicas. Un MIR o un enfermero tenían que acompañarme al lavabo de los profesores y regularmente esperar a que acabara para poder cerrar las dos puertas que delimitan la entrada al baño. Era fundamental que las pacientes no invadiesen los espacios médicos. En otras palabras, la clínica representaba para mí una «pesadilla claustrofóbica», donde cada movimiento estaba medido y controlado. De todos modos, mi permanencia en el refugio médico era muy limitada porque apenas me servía para guardar mis cosas, encontrar una bata abandonada por algún MIR ausente y disfrazarme.

Un largo pasillo conecta las habitaciones de las «enfermas» —como las llaman los profesionales médicos— y el comedor central, eje de todas las actividades. Esta sala, además de ser considerada un *open quiet space*[10], se utiliza para distribuir comida (desayuno, comida y cena) y consumirla. En el mismo espacio se desarrollan las entrevistas «psicodinámicas»[11]

10 En la psiquiatría norteamericana de vanguardia se definen así los salones donde se conversa. Utilizo el término con la máxima ironía.

11 La orientación de la clínica psiquiátrica es psicodinámica, por lo tanto, trabajaban mucho con escalas psicológicas, músico-terapia y test de Rorscharch. Yo no familiaricé mucho con estas prácticas a causa del tiempo y de la privacidad de los exámenes.

e, igualmente, las diversas (pocas, a decir verdad) actividades manuales como la «escuela de diseño» [Emma]. En esta larga galería se encuentran, además, los dos servicios para las pacientes, dos salas-búnker médicas, una habitación para consultas privadas que nunca vi utilizar (también las *frequent flyers* confirmaron su inutilidad),[12] un despacho con función de cocina (de uso exclusivo para los enfermeros) y la sala de enfermería empleada también como oficina interna de información y ventana de observación-control de las pacientes.

A pesar de ser un espacio universitario, aparentaba bien poco el ambiente de estudio e investigación y se mantenía fiel a la estructura médica y jerarquizada que caracteriza la facultad de medicina italiana.

Las figuras de más relieve eran el director de la clínica psiquiátrica, el Prof. Garrone, y otros doce profesores que compartían el título de catedráticos o investigadores confirmados. Todos los profesores se llaman *strutturati*[13] para diferenciarlos de los médicos que están haciendo sus prácticas, es decir, los MIR o *specializzandi*.[14] De un total de unos dieciocho estudiantes,[15] divididos entre la planta de mujeres y la de hombres, cada año entran únicamente cinco o seis estudiantes a través de un examen «muy difícil» [Marco].[16]

El contacto con las pacientes era totalmente nulo: el concepto de cura y de rehabilitación excluía sus necesidades y subjetividades, y las hospitalizaciones podían incluso tener una duración superior a doce meses y la mayoría de ellas seguían entrando y saliendo de la clínica continuamente. Además, el uso compulsivo de los medicamentos y, sobre todo, el reconocimiento del paciente como un enfermo crónico y casi nunca como una persona que sufre, dificultaban mi estancia y la interacción con el personal médico. En diversas ocasiones me turbó asistir a la elaboración del diagnóstico. Descubrí que sostener (o disfrutar) de «diversas re-

12 Un eufemismo psiquiátrico «políticamente correcto» para designar a las pacientes recidivantes.

13 Estructurados.

14 *Specializzandi*. Debería utilizar el titulo de Dr. o Dra. también para referirme a los MIRs, pero para facilitar la lectura identifico a los *specializzandi* exclusivamente con el nombre propio.

15 La escuela de especialización en psiquiatría tiene una duración de cuatro años.

16 *Specializzando*. Presentado en el capítulo segundo.

laciones sexuales» [Daría][17] en el curso de la vida o «gastarse dinero en compras» [Emma] eran invariablemente interpretados como episodios de «exaltación tímica» [Dra. Rospio].[18] En cambio, interesarse por el propio tratamiento y recorrido clínico estaba archivado como «una actitud hiperdemandante» [Prof. Garrone].[19]

En el pabellón la organización del trabajo preveía que cada *strutturato* se ocupara de una paciente junto con un *specializzando* (con finalidad formativa) para un total de tres o cuatro pacientes por cada par de profesores y MIRs. La sección de mujeres tiene unas ocho habitaciones con diversas camas cada una y está dividida en dos sectores para facilitar el cuidado: cuatro habitaciones por cada grupo de *strutturati*. Esto permite a los profesores y sus *specilizzandi* compartir regularmente las pacientes.

El *strutturato* dispone las decisiones principales, como cambios de terapia, permisos de salida y primeras entrevistas, mientras que el *specializzando* controla diariamente al paciente mediante una entrevista de cinco minutos máximo y, raramente, de media hora.

Las mañanas que transcurrían en la clínica, si no había reuniones médicas donde se discutiera sobre las pacientes, intentaba acercarme a un *specializzando* para flanquearlo —*shadowing*— durante sus entrevistas con los pacientes. Me puse de acuerdo con el Dr. Lucas, mi referente en el organismo, para permanecer con dos MIRs, Maya y Marco, con los que instauré, después de una temporada, una discreta relación profesional. Además de asistir a las reuniones del departamento, estudiaba las historias clínicas de los pacientes, profundizando en temas que todavía no conocía de la psiquiatría, observando las dinámicas internas del departamento, charlando con los enfermeros y leyendo los «diarios de vida»[20] de las *enfermas*. Más tarde, empecé a entrevistar a pacientes. Marco entendió mis necesidades, así que a menudo me dejaba sola con ellas. En breve tiempo entendí que era mucho más prolífico presentarme en la clínica los sábados o los domingos por la tarde, que un lunes por la mañana, ya que podría dialogar con las *huéspedes* con más calma, interaccionando y observando

17 A Daría le había sido diagnosticado un síndrome bipolar. Era una de las pacientes recidivas de la clínica. La entrevisté durante las primeras semanas de mi estancia, en el 2006.

18 Psiquiatra de la clínica. Véase Anexo III. «Listado. Informantes y Pacientes».

19 Ídem.

20 Los médicos invitaban a las pacientes ingresadas a escribir un diario con los acontecimientos significativos de los últimos quince años. Volveremos sobre esto más adelante.

el ambiente sin la presencia de los *strutturati* o los MIRs. Por ello empecé a frecuentar la clínica en horarios poco convencionales: fiestas, fines de semana y tardes finalizados los horarios de visita. Se reveló la mejor estrategia para llevar a cabo entrevistas en profundidad con enfermeros y pacientes.

«No tengo ninguna llave» de acceso. Entrada al campo

Domandarsi perchè quando cade la tristezza
in fondo al cuore come la neve non fa rumore
Lucio Battisti[21]

El procedimiento burocrático para mi entrada en el campo no debía representar problemas ya que los acuerdos se habían llevado a cabo con antelación y legitimados por la beca de movilidad. Cuando expliqué los detalles de mi estudio al Dr. Lucas, él me presentó al director de la clínica, el Prof. Garrone, que pronto se convirtió en una de las figuras más controvertidas, antipáticas e indigestas de todo mi trabajo de campo. El profesor Garrone no se presentó; tampoco se mostró interesado por el proyecto que quería realizar en el departamento. Durante los tres meses siguientes, cuando nos cruzábamos por el pasillo, nunca contestó a mis saludos, ni siquiera me preguntó si las cosas iban bien o necesitaba de algo. Antes de empezar el estudio de campo, el Dr. Lucas me dijo que hablara con el director sanitario general de San Martino, el Dr. Coniglio, «es solo un pequeño detalle formal —aseguró— para oficializar la estancia». Me presenté al director de San Martino con mis papeles de becaria. Se mostró muy cordial diciendo que seguramente hubiera aprobado el proyecto, pero que necesitaba de unos días para los sellos. Me dejó intuir que el Prof. Garrone era una persona muy peculiar, tanto que me dejó su tarjeta y número de celular privado por «si acaso» tenía algún problema. En aquel entonces no presté mucha atención a ese detalle, aunque obviamente me sorprendió tanta amabilidad e ingenuamente imaginé que mi estancia de algún modo podría resultar significativa también para la institución. El día 17 de octubre llegó a mi domicilio la carta oficial de aceptación del Dr. Coniglio. Al día siguiente me presenté en la clínica para empezar inmediatamente el

21 Battisti, Lucio (1970), «Emozioni», en *Emozioni*, Ricordi, 4:44.

trabajo de campo y, entonces, comenzaron los problemas. El director del departamento bloqueó mi acceso a la institución, asustado por el término «responsabilidad» empleado por el director general en la carta de aceptación. Además, no veía clara la cuestión del seguro. Elaboró una carta para el Dr. Coniglio en la que revocaba la disponibilidad a aceptarme. En aquella ocasión tuvimos nuestra primera pelea. Él seguía hablando con el Dr. Lucas explicándole las razones de tal decisión como si yo no estuviera presente: «No puedo asumir la responsabilidad de una persona que no es médico», observó. Persistió sin incluirme en la conversación o interpelarme. Su arrogancia y el hecho de que siguiera ignorándome me hicieron perder totalmente la paciencia. Con inicial amabilidad le expliqué lo que en realidad significaba la carta, pero él liquidó el asunto con un «no se puede hacer».

Había ya conseguido un piso, trasladado mis cosas, subarrendado el piso de Barcelona a un amigo y mi pareja tenía una ocupación en Génova: ¿cómo podían rechazar el trabajo en «mi» Génova? Insistí para buscar una posibilidad de diálogo, pero él se refugió —perceptiblemente turbado— en el ascensor para volver al pabellón femenino. Esa actitud de huir de las situaciones me dejó muy desconcertada. Nunca había visto algo semejante. Rechazó de mala manera un acercamiento y una reciprocidad conmigo sin razón aparente. Con el tiempo aprendí a reconocer esa conducta en muchos psiquiatras del departamento. Esa actuación revelaba desconcierto por no haber podido controlar la situación. O mejor dicho, no haberme podido controlar ya que, por lo observado, es sobre todo el ejercicio de vigilancia lo que determina la mejora no solo del estado mental de las pacientes (¿o de sus psiquiatras?), sino de las relaciones interpersonales. En aquel entonces lo viví como una forma de evadir el diálogo, de gozar de la última palabra, de prescindir de las otras personas: la actitud de quien quiere demostrar superioridad frente a los demás y remarcar las diferencias de grado, profesión y género. Esa ilusoria calma con la que aman mostrarse los unos con los otros hoy sé que representa el miedo al contacto con los demás.[22] El clima aparentemente apacible y austero de la clínica había sido turbado por mi presencia. De mis escasas palabras

22 Poco antes de mi huida de la clínica, la jefa de las enfermeras me dijo: «Los psiquiatras cuando pelean no alzan la voz y no se tocan» [María], confirmando mi sensación sobre el excesivo y poco auténtico control de comportamiento que el personal médico demostró durante mi estancia.

se hizo un *show*. Estábamos en la mitad del pasillo de la entrada general, frente a la secretaría del departamento y los estudios de unos profesores, cuando, de pronto, me di cuenta de que los demás me observaban como si hubiera sufrido un ataque de «histeria» (trastorno que descubrí tan querido por los psiquiatras). Había osado simplemente comunicarme con el director. Esa fue mi presentación a los administrativos, la bibliotecaria y algunos psiquiatras y MIRs que pasaban por allí. El Dr. Lucas y yo nos quedamos en el pasillo, ambos sin saber exactamente qué hacer o decir. Interrumpió el silencio mi tutor comentando que tal vez si esperara un tiempo, las cosas podían cambiar. Empecé seriamente a enfadarme: ¿y la beca?, ¿y el compromiso que tengo con el ente que me paga? Llevaba casi un año organizando esa estancia. ¿Esperar? Me fui directamente a la oficina del Dr. Coniglio para arreglar la situación. No tenía ninguna intención de dejar así las cosas. Era la hora de comida y, no queriéndole molestar llamando al móvil, me quedé esperándole en el despacho de las administrativas. Cuando ellas se enteraron de la carta del Prof. Garrone, avisaron a muchos compañeros para que pudieran explicar, una y otra vez, lo que había pasado. En pocos minutos se convirtió en el acontecimiento de la semana. Me di cuenta de que no solo el Director de Clínica era un personaje muy peculiar, sino que estaba en el centro de una «guerra política» entre los dos directores médicos. Todo el mundo me confirmó que el Prof. Garrone era un sujeto anómalo y odiado. Algunos de ellos reputaban que sus «carencias humanas»[23] procedían de su misma profesión. Yo me sentía completamente confusa por las circunstancias. Nunca había pasado por algo parecido a nivel profesional, pero, sobre todo, a nivel humano. Unos días más tarde el Dr. Coniglio volvió a enviar una carta, esta vez, directamente al Prof. Garrone, aclarando tanto lo de la póliza, como el uso del término «responsabilidad».[24] El Prof. Garrone quedó finalmente satisfecho y escribió bien dos cartas de aceptación para el director general, tras las cuales pude iniciar formalmente el campo.

Por desgracia, ese no fue el único momento de hastío con el director de la clínica psiquiátrica. De hecho, cuando acabé la estancia había acumulado tanta desilusión por sus comportamientos que decidí enfrentarlo directamente y aclarar la situación. Tal vez yo hice algo que pudo incomo-

23 Así comentó una administrativa del Hospital San Martino.

24 «[…] con el término responsabilidad *se hacía referencia únicamente a las tareas directivas y organizativas ejercitadas por UD. en cuanto director del departamento* […]» [Dr. Coniglio].

darle o, de algún modo, violé alguna regla de su campo. Así que fui a su despacho durante el horario de tutoría de estudiantes, me puse en la cola y esperé mi turno. Cuando me vio me preguntó qué estaba haciendo. Me dijo cordialmente que no hacía falta saludarle, que podía irme sin más. Esperé igualmente. Cuando fue mi turno entré en la sala y le dije que no le comprendía. Mi presencia en la clínica podría haber sido un intercambio recíproco y se hubiera podido aprovechar para proponerme algunos temas de investigación que les interesaran y así estimular el encuentro entre las dos disciplinas. No contestó ni me miró. Persistí. Añadí que no entendía su frialdad, puesto que mis experiencias psiquiátricas siempre se caracterizaron por la relación tanto con los pacientes, como con el personal socio-sanitario. ¿Por qué había elegido la psiquiatría si no le gustaba la interacción? ¿Por qué detestaba a las personas, a sus pacientes y a sus compañeros de trabajo? Siguió sin replicar manteniendo una actitud completamente displicente. Luego, me invitó a abandonar su despacho. Me fui sin explicaciones, pero más aliviada conmigo misma por haber expresado lo que sentía.

El búnker blanco

Mi disfraz empezaba entre las 9 y las 9.30 de las mañanas de los martes, miércoles y viernes de los siguientes tres meses, y si bien lentamente fui adaptando el horario de campo a mis exigencias de trabajo. Nadie me mostró el departamento ni me introdujo al personal sanitario presente. Pregunté al Prof. Garrone y al Dr. Lucas si debía ponerme una bata. Esa fue la única ocasión en la que el director me habló. Ellos acordaron que resultaba más idóneo ponérsela «por los pacientes» comentó el director, pero no me proveyeron de ninguna. Afortunadamente, en la habitación de los médicos había siempre unas cuantas abandonadas que podría utilizar bajo demanda a los MIRs presentes.

Los martes y los viernes los médicos y María, la jefa de los enfermeros, o Claudio el vice-jefe, se reunían en el *búnker* para discutir sobre los pacientes. Esto era lo que llamaban *giro di reparto*. Lo que en otros pabellones sería ir de cama en cama, *strutturati* y MIRs, comentando los casos directamente con el paciente, en la clínica psiquiátrica se desarrolla únicamente entre profesionales. Ya que nadie me preguntó acerca de mi trabajo, mis funciones o me puso límites, me sentí siempre muy libre de

anotar en mi libreta de campo todo lo que ocurría, incluso de grabar. El ambiente resultó excesivamente burgués y formal; a veces también parecía ridículo. La forma de hablar de los médicos era protocolizada, de la misma forma que sus tonalidades y posturas. Casi no se distinguían los unos de los otros. Describían a la paciente siempre con las mismas palabras, añadiendo «el paciente refiere» para demostrar la presencia de una esporádica entrevista y nunca recurrían a los términos «narra», «dice» o «cuenta». Si la paciente intervenía durante la visita, la clasificaban como «verborreica» o con «exaltación tímica» [Dra. Rospio].

El objeto más interesante presente en la sala consistía en una gran pizarra blanca colgada en la pared con los cambios de turnos, las ausencias o las salidas anticipadas y la fecha de la cena de Navidad (a la cual no se me ofreció apuntarme). En una tabla, al lado, apuntaban el nombre y apellido, número de cama y habitación, fecha de entrada, fecha prevista de salida, tratamiento farmacológico, solicitud de fármacos por dar de alta, nuevos ingresos y consultas externas de las pacientes ingresadas. En general, el *giro di reparto* era muy aburrido, a excepción de algunas aclaraciones dignas de un coleccionista ávido de «frases médicas desafortunadas» que me recompensaban de toda la frustración experimentada. En cada reunión había algún médico que añadía al diagnóstico un juicio o comentario personal: «Los pacientes con adicciones tienen el cerebro como una *gruviera*»[25] [Dr. Dentale][26] o «Me pregunto cómo los familiares no se dieron cuenta de que la paciente llevaba tiempo vomitando: ¡Es absurdo!, ¡El vómito huele mal!» [Dra. Rospio].

Durante las reuniones, cada psiquiatra o el MIR asociado tenían que ilustrar el caso a los compañeros y al director del departamento. El director miraba la pizarra blanca y mencionaba un nombre. En seguida los dos médicos interesados se precipitaban a describir a la paciente. El Prof. Garrone se limitaba a mover la cabeza y a dispensar pequeños y desabridos consejos. Visto desde el exterior parecía una competición para demostrar al jefe y a los compañeros que eran más hábiles que los demás; una guerra muy educada basada en sutiles golpes bajos. Lo bueno era que siempre introducían al paciente por medio de su nombre y apellido, el trastorno de

25 *Gruviera cheese*. Queso curado suizo de la ciudad de Gruyères, en el cantón de Friburgo, muy difundido en Italia, caracterizado por los muchos huecos.

26 *Strutturato* de la clínica psiquiátrica.

la paciente raramente la identificaba, aunque después de la presentación inicial volvía a ser sencillamente «la enferma».

En ambos refugios había una mesa central rodeada de sillas. Estas reuniones duraban unas dos horas y la mayor parte del tiempo lo pasaban hablando de fármacos, quejándose del hecho de que el ginecólogo no había acudido a visitar a la señora Pancetti o de que el cardiólogo había enviado a un *specializzando*.[27] Todo lo que no funcionaba en una paciente era definido como *inadecuado*, la palabra preferida de los psiquiatras de la clínica. «Come inadecuadamente», «se comporta inadecuadamente», «hizo afirmaciones inadecuadas». La inadecuación de una persona justificaba la hospitalización y sus intensas y prolongadas medicalizaciones. La anamnesis se limitaba a unas pocas informaciones despojadas de elementos identitarios, puesta delante de los demás con absoluta indiferencia: muertes, hijos, abortos, violencias y divorcios eran tratados siempre como algo que formaba parte de la vida de un paciente por el hecho de ser un enfermo, no como acontecimientos significativos de la vida de cada ser humano. De estos eventos conseguían elaborar un diagnóstico que nunca ponían en discusión. En el SATMI, en Barcelona, o en la ASL, en Génova, el nombre de la enfermedad, la nosología, era siempre lo menos importante. Incluso, se discutía sobre las clasificaciones elaboradas por el médico o por el ente de derivación. En la clínica el tema de cómo elaboraban el diagnóstico fue algo que difícilmente comprendí. Y no creo que fuera por el hecho de no ser médico. Por ejemplo, una mañana asistí a una «primera» elaborada por un MIR sobre una paciente que acababa de ingresar. La mujer contestó a las pocas preguntas del médico con mucha tranquilidad y precisión. La visita duró unos quince minutos. Honestamente no noté nada *inadecuado* o que pudiera dejar intuir un cuadro clínico patológico.[28] El MIR, como yo, acababa de conocer a la paciente. Para mi total desconcierto, el aspirante a psiquiatra anotó en la historia clínica: «Sospecho bipolarismo con actitud paranoide, expansión del humor y expansión tímica». Me quedé sin palabras: ¿Qué cosa había visto o intuido con las pocas afirmaciones que yo no percibí? La práctica de campo me reveló que

27 La mayoría de los pacientes ingresados presentaban también otras patologías y necesitaban la consulta de otros especialistas.

28 No estudié oficialmente Psiquiatría, ni me quiero poner en el lugar del terapeuta, sin embargo, sé reconocer un discurso no organizado, un pensamiento «que huye» o una idea redundante y obsesiva.

la flexibilidad en el acercamiento al paciente no debe ser pensada solo en el caso que este derive de otro contexto cultural, sino con todos. Para mi sorpresa, en la clínica esto no era un instrumento de trabajo. Es decir, que el diagnóstico era construido por medio de breves entrevistas y siempre resultaba algo muy áspero. Otro elemento que me resultó desconcertante acerca de la construcción del diagnóstico era que anotaran en la historia clínica si la paciente había nacido a término. Y si debo ser muy honesta, ni ahora entiendo cómo una gestación concluida antes de las treinta y siete semanas[29] pudiera ser un tema de interés superior a la experiencia de vida de la paciente para determinar la presencia de un trastorno mental.

Algunos historiales clínicos recogían unas cuantas páginas sobre los últimos quince años de vida escritos por las pacientes, empresa que *per se* no es sencilla para una persona con trastornos emotivos o dificultad de organización. Lo pedían directamente los psiquiatras. De todos modos, el diario de vida no les resultaba de mucha utilidad. En las reuniones nunca lo oí mencionar ni emplearlo como elemento de encuentro con las pacientes. Nadie se preguntaba el «porqué» de las cosas, de las elecciones de vida y los significados que las *inadecuadas* atribuían a los acontecimientos. Había una fuerte separación entre el paciente y el psiquiatra, que casi rozaba el desinterés por su vida, sus sentimientos, sus emociones, sus visiones de la enfermedad… los cuales no parecían cautivar la atención de los médicos. Nunca percibí algo semejante en otros escenarios de campo. Por ejemplo, cuando ingresaron a Gloria, de diecinueve años, por una tentativa de suicidio —TS—, ninguno de los profesionales le preguntó los motivos de su gesto: lo dedujeron. Relacionaron su TS con el estilo «desarreglado» de vida adolescente: «tomó droga, fumó marihuana […] está matriculada en una escuela de arte […] quiere ser artista» [Dra. Rospio]. Y acababan en conclusiones que siempre me parecieron muy banales, estereotipadas y de poca utilidad. Pasaron unos días antes de tener el coraje de acercarme a Gloria. Emma, como siempre, me facilitó el trabajo porque me presentó a la chica. Me daba miedo interactuar con alguien tan joven que había intentado quitarse la vida. Pero los cuentos de Emma me llevaron a pensar que Gloria estaba allí por error, así que empezamos a hablar. Tenía curiosidad porque daba vueltas por el pabellón con un vendaje semi-artesanal en las muñecas, ridículamente espeso, casi para justificar su presencia allí. De hecho, después de nuestra primera charla le pregunté si

29 Se considera una gestación a término la que ha cumplido treinta y siete semanas.

tenía ganas de desvendarse y mostrarme sus brazos. Fue algo que me salió sin pensarlo. Me arrepentí en seguida por mi insolencia. Estaba violando su intimidad y me sentí comportándome como un médico. No quería que pensara que podría evaluar o medicar el estado de su herida, y, además, ¿y si me mareaba?, ¿y si los cortes me producían rechazo? Afortunadamente para ambas, no había cortes: Gloria se había auto-excoriado las muñecas. Imagino que alguien la vio, tal vez una mamá o un novio demasiados aprensivos, y la llevaron a urgencias asombrados por su comportamiento. Allí no le hicieron nada porque no había un corte para medicar; la enviaron al psiquiatra, que le preguntó si quería ingresar voluntariamente en la clínica, y ella —imagino yo—, asustada por la situación, consintió. Era la más joven, sin ningún trastorno concreto, en un pabellón de «locas» que no dormían, se agobiaban las unas a las otras, veían fantasmas y gritaban. No conseguía explicarme su ingreso. ¿Cómo puede acabar una chica tan joven en un pabellón con tales riesgos para su salud mental? Estudiaba y tenía proyectos, una vida sexual activa y consciente, quería a su novio, tenía conflictos con su madre y su familia eran los amigos. Una chica común de 19 años que, desde ese día, sumaba una valoración de TS y un ingreso psiquiátrico. Cuando hablamos me dijo que la convencieron de que la droga (probó por primera vez cocaína unos días antes de su ingreso, «una rayita», me contó) le había producido alucinaciones. No fue ella quien explicó sus razones, sino los psiquiatras que le atribuyeron las causas de su intento de huir de la vida.[30]

Cuanto más tiempo pasaba en la clínica, más cuenta me daba de que el contacto entre médicos y pacientes era casi ausente y sobre todo evanescente. Emma padecía de anorexia nerviosa. Era una paciente seguida territorialmente en un centro de salud mental, pero su condición se había agravado en los últimos tiempos: «Estoy un poco deprimida —refería— no estoy bien. Es que… no quiero salir de casa». Así que su psiquiatra le propuso un ingreso voluntario en clínica psiquiátrica ya que una de las psiquiatras era su ex-compañera de MIR y estaba especializada en trastornos de la alimentación. Programaron un ingreso de quince días para

30 Es absurdo cómo para la psiquiatría, o tal vez para toda la biomedicina, querer morir sea un pecado, una violencia, una atrocidad, una manera de repudiar la noble misión de los médicos. Hace tiempo que las personas piden una mejor calidad de vida y no un ilusorio alejamiento de la muerte.

que Emma descansara y profundizara en sus problemáticas.[31] La hospitalización se reveló un total fracaso, reconocido tanto por la paciente («con los médicos me encontré malísima…»), como por su psiquiatra territorial («la verdad es que me quedé decepcionado por la ausencia de trato reservado a mi paciente […]. Había recomendado expresamente que recibiera tratamiento particular»). La terapia específica en trastornos de la alimentación consistía «solamente» en «cruzarse con las "dos brujas" —llamaba así la Dra. Rospio y Maya— en el pasillo». Emma se quejaba constantemente de su escasa relación con los médicos. «Solo me dicen: "¿Cómo estás, señora? Ah, la veo que sonríe… ¡Come, come, eh!" […]. O, si no: "tienes los ojos rojos, come, come, ¡por favor!" y ¡basta!».

Nunca asistí a una entrevista entre el psiquiatra y el paciente o los familiares. La verdad es que nunca vi realizarlas. Emma confirmó mis impresiones: «Yo entré y no tuve una conversación con nadie, como, por ejemplo, la que tuve con usted.». La habitación destinada a la psicoterapia la usaban de almacén. Las pacientes eran enviados a los MIRs que hacían una entrevista diaria de unos cuantos minutos en el comedor, en el medio de la confusión. La privacidad de las conversaciones era inexistente. Las terapias y las relaciones con los médicos absolutamente limitadas. Emma me decía: «Es como hablar con un trozo de madera… [se refiere al Prof. Garrone] Un día para tomarle el pelo delante de otras compañeras le dije: ¿Doctor, me das cincuenta pastillas? Y él me dijo: "Ya veré…"». «Para las dos brujas todos somos unas camas y no personas: ¡No tienen respeto por las personas!».

Cuando Emma se encontraba mal acudía a su psiquiatra territorial. Escondida en el lavabo, le llamaba al menos una vez por semana y el médico iba a visitarla «para hacerme psicoterapia». La falta de comprensión entre médico y paciente era un hecho cotidiano: «Ellos no querían entender… Yo no quería salir el domingo pasado [para las vacaciones de Navidad]. ¿Es que no entendieron que tengo problemas con mi hermana?».

Silvia[32], una paciente-informante que presentaba un sincretismo sobre la visión de su trastorno, tanto tradicional como biomédica, a la que

31Emma se había trasladado al campo con su nueva pareja: un hombre al que quería, pero con el que no tenía «mucha afinidad intelectual». El traslado al pueblo de su pareja la había deprimido sobre todo por la ausencia de relaciones sociales («son todos campesinos»). En el mismo período también la relación con su hija se había deteriorado después de su ingreso en la clínica.

32 Paciente brasileña ingresada por un trastorno *borderline* de personalidad.

dedicaré un espacio por esa suya particularidad, solía decir que tenía «un poco de miedo a hablar» de sus visiones con los médicos. «Cuando lo hice, durante mi primer ingreso, los médicos no entendieron». De hecho, María observó en más de una ocasión que «no hay mucha tolerancia hacia los aspectos personales de los pacientes».

Los problemas relacionales con los psiquiatras fueron también reportados por el personal de enfermería: «Con los médicos, pues, depende, con algunos bien, comparten los mismos espacios, nos ayudamos y todo, pero con otros hay un alejamiento muy fuerte, más que en otros pabellones. De hecho, para quien viene de fuera de la psiquiatría encuentra ese alejamiento impresionante [...]. A nivel también personal [...] nosotros nos abrazamos, besamos, compartimos la vida; ellos no lo hacen» [María].[33] Lucía, otra enfermera de la clínica, añade que «son más cuadriculados tal vez por su preparación universitaria». «Son fríos con nosotros —comenta Giovanni—, ¡imagínate con los pacientes!». La dificultad relacional no era solo con las pacientes, también entre el mismo personal.

Durante mi estancia había una joven psiquiatra enferma de cáncer. Llevaba peluca y estaba muy delgada. Cuando la vi me resultó evidente que acaba de terminar un ciclo de quimioterapia. Claro que había podido padecer muchos otros problemas, pero había signos que me hicieron pensar en un tumor. Marco confirmó mis sospechas. Me dijo que no sabía mucho, ni siquiera de qué tipología era. Le pregunté cómo era posible desconocer el estado de salud de su profesora, alguien a la que veía todos los días y, además, compañera de trabajo de su padre. «No son cosas de las que hablemos» y liquidó mi exceso de interés. Durante las reuniones observaba los vínculos que se habían instaurado entre los *strutturati*. Esta mujer estaba siendo alejada poco a poco de sus competencias y apartada de las relaciones profesionales y humanas. Era la única que tenía un plan de investigación y que se bajaba artículos del viejo ordenador. La actitud de los otros docentes era condescendiente, sobre todo la del director, casi fastidiado por tener cerca de sí a alguien que padecía una enfermedad feroz. Ella aprovechaba las reuniones para comunicar los progresos de su trabajo o comentar artículos sobre nuevas terapias. La dejaban hablar sin mirarla a los ojos, sus opiniones no eran consideradas y al término de su exposición sobre el paciente o un nuevo fármaco se cambiaba de discurso.

33 Jefa de los enfermeros en el pabellón de mujeres de la clínica de Génova.

Nadie comentaba lo que ella decía. La situación era de una crueldad inadmisible. Además ella seguía empeorando: aumentaban sus ausencias y su rostro evidenciaba los signos de la dolencia física y psicológica. Un día Marco me dijo que no le quedaba mucho. Le pregunté si era su diagnóstico personal o si realmente el oncólogo lo había confirmado. «Me lo dijo mi padre». Nunca volvimos a hablar del tema. Pero el trato reservado a ella me hizo pensar que el clima en la clínica era verdaderamente enfermizo.[34] La frustración que se respiraba en el pabellón era muy elevada; no había alegría en el trabajo, tampoco ganas de interaccionar con los demás. La práctica se había convertido en algo mecánico, aburrido y el paciente era siempre abandonado a sí mismo, alejado de la realidad humana (y además clínica) y de una relación de intercambio recíproco, sin hablar de que estaban totalmente ausentes los sentimientos de amor, amistad, cariño y compasión. La soledad terapéutica es denunciada en cada oportunidad de encuentro con las pacientes y, por lo visto, también de los mismos profesionales. Esa «ética de la separación» (Adams, 1999: 40) se vertía también en la elección terapéutica y en la incapacidad de compartir las experiencias clínicas con todos los profesionales: «[con Silvia][35] No nos han dicho que estaban trabajando en dos canales: uno el de la psiquiatría ortodoxa y el otro acerca de los aspectos de magia, wodoo, etc. […]. ¡Que lástima! Hemos perdido una ocasión para aprender […]. Si nos dijeran algo —sobre la paciente— sabríamos también cómo intervenir con ella […]» [Lucía]. María añade: «No debe ser preparado únicamente el médico o el jefe de sala, sino todas las figuras presentes en la clínica, que tienen una importancia notable. […] Por ejemplo, los OSS[36] aquí son figuras absolutamente importantes ya que interaccionan a menudo con esos pacientes, a veces recogen informaciones o confesiones […] cosas que tampoco el médico sabe…y no solo se ocupan de la higiene del departamento» [María].

34 Tal y como me hace reflexionar mi Directora, lo que es incomprensible es que esta forma de actuar como «si no pasara nada» suceda en el campo de la psiquiatría, donde esperaríamos una actitud más cuidadosa y consciente de lo que vive un enfermo crónico. En otros contextos laborales suele ocurrir que se ignore al portador del estigma y aunque esto sea dramáticamente injusto (independientemente del lugar) que ocurra, entre profesionales de la *psyche* es imperdonable.

35 Paciente brasileña de la clínica con un trastorno bipolar.

36 *Operatore Socio Sanitario*. Auxiliares de limpieza.

Las inadecuadas

> Jenny non vuol più parlare/ non vuol più giocare vorrebbe soltanto dormire. Jenny non vuol più capire/ sbadiglia soltando non vuol più nemmeno mangiare. […] Jenny ha lasciato la gente/ a guardarsi stupita a cercar di capir cosa/ Jenny non sente più niente […] Io che l'ho vista piangere/ di gioia e ridere che più di lei la vita/ credo mai nessuno amò. Io non vi credo/ lasciatela stare voi non potete/ Jenny non può più restare portatela via/ rovina il morale alla gente Jenny sta bene/ è lontano… la curano
>
> forse potrà anche guarire un Giróno. Jenny è pazza/ c'è chi dice anche questo […]
>
> Jenny ha pagato per tutti/ ha pagato per noi che restiamo a guardarla ora/ Jenny è soltanto un ricordo qualcosa di amaro da spingere giù in fond.o Jenny è stanca/ Jenny vuole dormire
>
> Jenny è stanca/ Jenny vuole dormire.
>
> Vasco Rossi[37]

Una parte de las pacientes ingresadas en la clínica psiquiátrica se identifican como personas con «trastornos mentales severos». Con esta expresión se hace referencia a aquellas que cumplen criterios diagnósticos de diez categorías: *trastorno esquizofrénico, trastorno delirante, trastorno bipolar maníaco, trastorno bipolar depresivo, trastorno depresivo mayor recurrente, paranoia, agorafobia con ataques de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, personalidad esquizotípica* o *trastorno límite de la personalidad*. Además, han de tener menos de cincuenta puntos en una escala de valoración funcional, la GAF,[38] y tener una duración del trastorno de más de dos años. Están internadas por indicación del psiquiatra territorial —como el caso de Emma— o porque acuden a urgencias durante un brote, como en el caso de Silvia, la mujer brasileña. También pueden haber sido llevadas por la policía. Con excepción del tratamiento sanitario obligatorio —TSO—[39] las hospitalizaciones (¡la entrada, no la salida!) son voluntarias.

37 Vasco, Rossi (1977), *Jenny è pazza*, Borgatti Music, 7:09.

38 GAF: *Global Assessment of Functioning Scale* (DSM - IV Axis V) «Consider psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health-illness. Do not include impairment in functioning due to physical (or environmental) limitations». (<http://facstaff.gpc.edu/~bbrown/psyc2621/ch3/gaf.htm> [Consulta: 20 de mayo de 2009]).

39 Tratamiento Sanitario Obligatorio, llamado también *ingreso forzoso* (*ricovero coatto*, en italiano), es una de las prácticas más controvertidas de la psiquiatría. Muchos la consideran como último recurso para la salvaguardia del propio individuo y los de su alrededor. Para

Yo no estaba acostumbrada a acercarme a pacientes-informantes psiquiátricos severos y no niego las dificultades iniciales. Más de una vez me pareció estar en una «casa de locos». En el pabellón había siempre mucha confusión. De las mujeres que permanecían en un rincón durante horas sin expresión en su rostro, algunas te miraban fijamente, otras ni levantaban las pantuflas del suelo, arrastrándose hasta el final del pasillo para luego volver atrás. Frecuentemente una de ellas se golpeaba el rostro contra la pared o en el suelo, sin emitir ningún sonido. Una vez una se desmayó delante de mí y, casi inconscientemente, intenté sostenerle la cabeza. El personal médico me reprochó que la tocara: «Si están en el suelo, se ocupan de ellas los enfermeros» [Dr. Dentale]. Quedé muy angustiada, no quería «jugar al doctor», sino evitar que se hiciera daño. «No tocar» a la paciente era una regla clave en la clínica. Los enfermeros solían bromear sobre eso «¡Incluso los cirujanos tocan más!» [María], «Imagínate: ¡Lo máximo que hacen es tomarle la presión!» [Giacomo].[40] El clima siempre me resultó muy tenso y agobiante.

De todos modos, las *inadecuadas*, a excepción de unas cuantas, eran ya conocidas en los organismos de salud mental del territorio como la ASL de vía Peschiera. La mayoría tenían más de cuarenta años, a excepción de Gloria y Silvia, mucho más jóvenes que la media. En aquel entonces, excluyendo a las *teenagers*, todas habían sufrido ya unas cuantas hospitalizaciones. «Las vemos entrar y salir. Desgraciadamente, la problemática no ha desaparecido», me comentó muchas veces María. Por ejemplo, Silvia conseguía pasar apenas unos cuantos meses fuera de la clínica: «Es que tenía mucha depresión, sentimientos autolesivos y sentimientos de culpa [...] —me comentó casi justificándose— tenía ansiedad y lloraba muchísimo [...]». En otra ocasión añadió: «Cuando me siento muy agitada, con ansiedad, tristeza y ganas de hacerme daño, de cortarme... Sé que tengo que pedir ayuda y llamo a los médicos...». Daría es otra *frequent flyer*[41], iba y volvía con una frecuencia alarmante. Cuando yo llegué ya llevaba meses

---

otros representa una forma injustificable de violencia contraria a los derechos humanos. A menudo el proceso del TSO está desencadenado por los familiares o también por personas externas al sujeto. Véase el caso emblemático de Sabattini sucedido en Italia en 1986 (Antonucci, 1986). Antes del ingreso forzoso es obligatoria una consulta psiquiátrica y los documentos deben llevar la firma del alcalde o de un funcionario municipal, aunque raramente esto suceda.

40 Enfermero de la clínica.

41 Pacientes recidivas.

ingresada y obtuvo el alta al cabo de unas semanas. Volvió a los pocos días, acompañada por el marido a urgencias. Llamado el psiquiatra de guardia, pautaron de común acuerdo otro ingreso inmediato. Daría consideraba la clínica su casa, a pesar de tener familia. Además se había «enamorado locamente» —sostenía tranquila incluso delante del marido— de un joven MIR, que era objeto de deseo de casi todas las *huéspedes (*lo que enriqueció visiblemente su ego masculino y médico), fomentando las peleas entre ellas sobre quién necesitaba o recibía mayor cuidado, así como los celos de su novia, otra *specializanda* de psiquiatría. Esta situación siempre la observé con enorme curiosidad y me divertía.

En la clínica solo el personal de enfermería parecía preocuparse por estas repetidas entradas. No estamos hablando únicamente de un fracaso en las terapias o del acercamiento de la psiquiatría al paciente, sino también de un sistema externo que no cubre las necesidades de las personas y de sus familiares, ni permite la integración y el seguimiento externo (Szasz, 2000).

Conclusiones

Mi descripción de la clínica psiquiátrica podría evocar al recuerdo las tratadas en libros y novelas sobre las cárceles de mujeres. [42] Es necesario afirmar que esta fue la única experiencia tan extrema y caracterizada por la ausencia de presencia durante todo mi trabajo de campo. Mis observaciones me han hecho interpretar la distancia, la lejanía de los demás, el control, la inexistencia de participación tímica y empática entre terapeutas y pacientes como elementos esenciales según los médicos para una buena práctica clínica, y esto, como antropóloga y persona, me incomodaba. Asimismo, tengo que reconocer que en la clínica me sentía observada, juzgada, obstaculizada porque era (o me sentía) diferente. El problema consistía en la total dependencia que tenía de los psiquiatras y de los MIR. Dependía de ellos para todo, tanto para entrar y salir del edificio rigurosamente cerrado

42 Añado algunos ejemplos bibliográficos donde es posible encontrar analogías: Chacón, Dulce (2002), *La voz dormida*, Alfaguara, Madrid; Hernández Holgado, Fernando (2003), *Mujeres encarceladas, la prisión de ventas: de la República al Franquismo, 1931–1941*, Marcial Pons, Madrid; Olesti, Isabel (2005), *Nou dones i una guerra. Les dones del 36*, Edicions Proa, Bacelona; Solé i Barjau, Queralt (2004), *A les presons de Franco*, Edicions Proa, Barcelona. Véase también <http://www.presodelescorts.org/es/node> [Consulta: 23 de mayo de 2009].

desde dentro, como para ir al lavabo o acceder a la sala de los médicos, ya que necesitaba de sus llaves; también para obtener una bata o entrevistar a un paciente. Cada acción debería ser medida y controlada. El orden, la precisión, las reglas, todo era impuesto y predeterminado. Ninguna espontaneidad. La alegría o el entusiasmo se confundían con un déficit emotivo. No podía escaparme más que pidiendo las llaves del lavabo para refugiarme allí el tiempo de un «pipí» desesperado. Además, en una clínica, o eres psiquiatra, o estás haciendo la especialización, o eres enfermero. De lo contrario, eres paciente. Una antropóloga no encajaba. También a nivel logístico rompía el orden espacial y numérico de las personas porque durante las reuniones de los médicos en las que solía participar —*giro di reparto*— siempre faltaba una silla en la sala. Si llegaba con antelación y me sentaba, alguien se quedaba sin plaza. No desarrollé ninguna estrategia específica para ese contexto, casi ni me adapté. Evidentemente, con las *inadecuadas* el tema fue distinto. Con ellas pude disfrutar de intensos momentos de encuentros, largas entrevistas y para mí representó otro aprendizaje: sus relatos, sus voces, sus capacidades de analizar el contexto se han relevado fundamentales a la hora de concluir mi etnografía hospitalaria. Durante el trabajo de campo me hice a la idea de que estas mujeres, independientemente de su enfermedad, su estado y severidad, acudían a la clínica para refugiarse de un mundo que les daba miedo, de las responsabilidades de ser mujeres, madres, amantes, hermanas, hijas o simplemente seres humanos, pues sus vidas se habían convertido en insostenibles. La «casa» y la idea de familia fueron sustituidas por la situación «cómoda» y anónima de la clínica. Todas tenían un denominador común, incluido Gloria: huían de su contexto social y encontraban refugio en el lugar más anónimo y aséptico del mundo, la clínica. Nadie quería saber «el porqué o el cómo» [Emma], nadie les preguntaba por sus sueños, deseos, miedos, fracasos o proyectos. Nadie pretendía conocer a las personas que estaban tras aquellos rasgos uniformados por los psicotropos, vestidas con la bata, perfume barato y pintalabios rojo. En la clínica podían abandonarse al desconsuelo, despreocuparse del aspecto y olvidarse de preparar comidas o comprar. Sobre todo, no hacía falta pensar, otros lo hacían por ellas. O mejor dicho, les quitaban los pensamientos. La «situación manicomial», aunque pudiera parecer desesperante para esas mujeres, les proveía de la sensación de estar cuidadas y de pertenecer a un grupo definido y organizado de reglas internas y externas, es decir, que dotaba de orden a sus tumultuosas vidas. No tenían tampoco la necesidad de elegir a qué hora

despertarse o acostarse. En bata todo el día, fumaban mirando un muro, se tiraban al suelo hasta que algún enfermero las recogía. El tiempo lo dictaba la hora de la comida y de los medicamentos. Emma explica que se «despertaban a las 6, pero antes que empezara la terapia ya pasaba tiempo, había cambio de guardia. A las 8, la terapia y a las 8.30, el desayuno. Se comía a las 12 […] y por la tarde a las 19». Las cosas importantes se convertían en si «la Maura cogía seis cucharones con sietes pastelitos» [Emma] durante el desayuno o quién firmaba los permisos para salir a tomar el café.[43] Los quince minutos cotidianos de aire concedidos para consumir un refresco en la máquina del entresuelo y aprovechar para fumar unos cigarrillos eran los momentos más significativos de sus jornadas. La ausencia, la no presencia (De Martino, 1961; 2002) y el vacío regían este espacio. Un lugar suspendido, un campo de olvidos. Frente a la cura, el cuidado, una atención personalizada, participativa, una resignificación de conceptos en la atención a la salud mental, la clínica psiquiátrica parecía un lugar sin tiempo, parado al antes de la Ley Basaglia, un espacio de guerras perdidas. Además, lo que me impactó durante el campo fue que, como la mayoría de los centros psiquiátricos, la clínica estaba concebida como «espacio tolerante» al humo, permitido en casi todo el pabellón: «Antes las acompañábamos afuera, pero últimamente siempre pasaba algo. Recientemente se pegaron con personas de otros pabellones y no podemos correr esos riesgos, por lo tanto les abrimos las ventanas y fuman aquí» [María]. También el alcohol y algunas drogas entran normalmente[44] y, al parecer, hay un intercambio de sustancias con el pabellón masculino.[45] Se sabe, no se fomenta ni está permitido, pero se acepta en silencio, hasta que no suceda algún hecho asombroso. El último que aterrorizó al Prof. Garrone fue descubrir que muchas pacientes robaban a las otras, así que, durante mi permanencia, se cambió la regla de entrada, suprimiendo aún más la privacidad y la identidad a esas personas: se confiscaban todos los objetos

43 Emma sin ningún problema me cuenta: «Esas dos gilipollas [Dra. Rospio y Maya], una tarde, se olvidaron de firmarme los permisos, así que me denegaron la posibilidad de salir».

44 «El marido [de una paciente] le llevaba el vino y, claro, empezaba a flipar […] También whisky, grappa, tequila, vodka. […]». [Emma].

45 Aunque no tengo pruebas de que pasara en la clínica psiquiátrica, sospecho que también había relaciones sexuales entre los «huéspedes inapropiados». Durante una entrevista con una psicóloga de Barcelona que trabaja en una institución parecida a la clínica, confirmó los encuentros íntimos y frecuentes por la noche entre los pacientes alojados.

personales al ingreso[46] o presentes en las taquillas (descubriendo las reservas alcohólicas y de drogas de algunos pacientes), lo que puntualmente se convertía en un ingente problema para ellas y los enfermeros. «Tienes que dejar a las enfermeras tus cosas, antes no era así y es que un día empezaron a robar, ¿te acuerdas? Me robaron un paquete de cigarros, un jabón íntimo, también ropa… A otras, maquillajes, bolsas […]. Para meterse el perfume tenía que rebuscar en la taquilla común, allá, de las enfermeras. […]. Pero, cuidar del aspecto, ¿no forma también parte de un programa de curación, Serena?» [Emma]. A veces las informantes me hacían preguntas como esta que me habría gustado responder abiertamente: «Sí, Emma, ¡sí! Debería ser considerado así».

Bibliografía

Allué, M. (1998) *Perder la piel*, Barcelona: Editorial Seix-Barral.

— (2008) *La piel curtida*, Barcelona: Belleterra.

Allué, X. (1999) *Urgencias, abierto de 0 a 24 horas: factores socioculturales en la oferta y la demanda de la urgencia pediátrica*, Zaragoza: Mira Editores.

Antonucci, G. (1989) *Il pregiudizio psichiatrico*, Milán: Elèuthera.

Beneduce, R.; Pulman, B. y Roudinesco, E. (2005) *Etnopsicoanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto*, Turín: Bollati Boringhieri.

Beneduce, R. (2007) *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Roma: Carocci.

Brigidi, S. (2009) *Politicas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova*, tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/8433>.

Osorio, Y.; Brigidi, S.; Pezzoni, F. (2007) «Atención a población inmigrante: ventajas de un servicio de atención», en *Actas Españolas de Psiquiatría*, nº 1(35), 228.

Caudill, W. (1981) *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*, Buenos Aires: Escuela.

Clark, D. (1993) *The sociology of Death*, Oxford: Blackwell Publishers.

46 Lo mismo ocurre en la película *Alguien voló sobre el nido del cuco,* cuando Randle McMurphy (Jack Nicholson) entra en el manicomio y las dos enfermeras registran sus haberes. Forman, Milos (1975), *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, USA, United Artists presents a Fantasy Film, 133 minutos.

Coppo, P. (1994) *Guaritori di follia. Storie dell'altopiano Dogon*, Turín: Bollati Boringhieri.
— (2003) *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Turín: Bollati Boringhieri.
De Martino, E. (1958) *Morte e pianto rituale nel mondo antico. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria, Boringhieri*, Turín.
— (1961) *La terra del rimorso*, Milán: Il Saggiatore.
— (2002) *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Roma: Einaudi.
DiGiacomo, S. (1987) «Biomedicine as a cultural system: an anthropologist in the kingdom of the sick», en Baer, Hans A. (ed.), *Encounters with Biomedicine. Case studies in medical anthropology*, Nueva York: Gordon & Breach, 315–346.
Fassin, D. (1996) «Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et Amérique latine», en *Revue Française de Sociologie*, 27, 37–75.
— (2006) «La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia», en Quaranta, I. (ed.) *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milán: Raffaello Cortina editore, 303–322.
Frank, W. (1991) *At the will of the body. Reflections on Illness*, Nueva York: Houghton Mifflin Company.
Goffman, I. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales,* Buenos Aires: Amorrortu.
Hurtado, I. (2007) «De inmigrantes y extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales», en *Actas del X Congreso de Antropología*, Sevilla.
López, S. (2007) «La etnografía sobre la propia profesión. De la enfermeria a la antropología», *VII Coloquio REDAM*. *Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente*, Tarragona, 5-6 de junio.
Murphy, R. (1990) *The Body Silent*. Nueva York: Norton.
Schreber, P. (1986) *Memorias de un neruópata: legado de un enfermo de los nervios*, Barcelona: Argot.
Szasz, T. (2000) «Deistituzionalizazione, l'ulimo capriccio della psichiatria», en Szasz, T. *L'incapace. Lo specchio morale del conformismo*, Florencia: Spirali.

— (2003) «Libertarian Principles and Psychiatric Practices: Are They Compatible?», conferencia del 25 de septiembre, 2003, registrada por The Cato Institute, Washington, DC. Trad. ita. Tristano Aimone: «Principi libertari e prassi psichiatrica».

Tosal. B.; Brigidi, S. y Hurtado, I. (2007) «Antropólogas en bata blanca», en *VII Coloquio REDAM Etnografías y técnicas cualitativas en investigaciones sociosanitarias,* 5-6 de junio, 2007, Tarragona.

TERCERA PARTE:
LOCURAS

10. PRENSA, OPINIÓN PÚBLICA Y LOCURA DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA. DE PROBLEMAS EN LOS ORÍGENES Y SU ALARGADA SOMBRA

José Mohedano Barceló
Associació «Història i Teatre» de Barcelona
jmohedan@hotmail.com

Inscrito en un proyecto de investigación sobre el imaginario de fenómenos históricos en las sociedades contemporáneas, planteamos los problemas epistemológicos e ideológicos de la caracterización del enfermo mental en su marco, observando las relaciones entre la irrupción de la opinión pública y el nacimiento de la psiquiatría (disciplina y modelo asistencial), que permitan inferencias sobre la relación, hoy, entre ellas y la enfermedad mental.

Partimos de la idea[1] de que, en época primitiva, la humanidad, aterrada por la dureza de la vida y de su propia conciencia, usó el imaginario para percibir y representar los espacios de experiencia, individuales y colectivos, con doble función: *a)* expresar, lenitivamente, la angustia generada por el traumático descubrimiento de las disyunciones —entendidas como motor principal del desarrollo de la cultura en un marco temporal, o sea, histórico— de la alteridad (humanidad-naturaleza/yo-el otro) y la trascendencia (punto crítico de las tensiones entre el deseo y el instinto de muerte); *b)* educar/reprimir los componentes peligrosos para la solidaridad grupal[2], esencial para la supervivencia, donde los individuos se integran en modo cambiante, en el tiempo, mediante procesos de recono-

1 Sondeada en Mohedano Barceló, 2002.

2 Defensa psicológica del grupo ante lo extraño a este, o ante el miembro egoísta, *free rider*, transgresor, en beneficio propio, de las reglas que lo sustentan. Había que prohibir o evitar lo que generaba inseguridad y explicar la experiencia no entendida, por derivar en angustia. Al ser el grupo clave en la supervivencia de la especie, el individuo interiorizó lo no pertinente de la individuación, salvo en lo conveniente a la solidaridad grupal, y la aprensión de/contra la alteridad.

cimiento identitario, en el seno de colectivos discontinuos (etnia, género, nación, …). Así, el imaginario no sería inventor de lo que no existe, sino instrumento para aprehender lo que sí. Hasta hoy sus mecanismos han jugado un papel esencial en el proceso de conocimiento, pilar de la acción social de las personas, al expresar, con sus constructos, la angustia de forma aceptable, tranquilizante del colectivo, para la mentalidad humana. Pero como parte de su labor es educar o reprimir impulsos del individuo nocivos para el grupo, su papel es más ambiguo en el desarrollo psicológico individual.[3] Incide en la forma de construir e interpretar los datos que maneja y explica la pervivencia temporal de sus construcciones, enmascaradas en ropaje actual, dificultando su comprensión, imprescindible para un análisis pertinente de las sociedades humanas y su desarrollo temporal.[4]

La pesquisa explora, con punto de vista interdisciplinario, en contexto histórico, la relación entre las construcciones de imaginario y las actitudes y acciones de los sujetos, cuya percepción del fenómeno histórico se apoya en cinco tipos, extraídos de un proceso, consciente e inconsciente, de selección y decantación sintomática de la informe masa de materiales diversos y sustanciales constitutiva del marco histórico referencial: 1) personajes clave, 2) hechos significantes, 3) espacios simbólicos, 4) conceptos o ideas de fuerza y 5) juicios de valor inherentes. Generan entornos simbólicos potentes que interactúan sobre un sustrato básico, configurado en ocasiones de forma arquetípica, determinados por referentes tomados del pensamiento organizado (historiografía, ideas políticas, literatura, medios de comunicación, etc.) y de las actividades sociales (instituciones, manifestaciones políticas, fiestas, etc.), y determinantes a su vez de la posición desde donde se encara, en conciencia o por defecto, la acción efectiva en cuanto agente social y sujeto histórico.

El aspecto constructo (ciclo continuo de creación-de/reconstrucción) y el carácter dual, al mismo tiempo consciente e inconsciente, del proceso generador de moldes del imaginario tienen varias implicaciones. Entre

3 Relativo a la configuración compartimentada de la psique humana, cuyas estancias parecen organizadas para revelar o esconder, según la potencial peligrosidad para su equilibrio, los componentes de dichos constructos, definidos de forma simbólica.

4 Visto desde el psicoanálisis, la semiótica o la antropología cultural, como en Jung, *et alii*,1984; Mannoni, 1973; Derrida, 1987 o Durand, 1969; con el problema de la historicidad precaria de los conceptos empleados, por la dificultad, común en las ciencias sociales, de aunar sincronía y diacronía en una construcción sistémica.

ellas, el rol de los media contemporáneos, manipuladores en sentido amplio, del imaginario, cuyos continente y contenido se enraízan en paralelo a los problemas sistémicos de la democracia, en un conjunto de indeterminaciones conceptuales y filosóficas ya dadas en el momento de su aparición, y desplegadas históricamente, en entorno de aporías y paradojas. Por ejemplo, para la idea de opinión pública, que sitúa al científico social[5] ante la inquietante imagen de carne que desborda obscena el corsé que tanto costó coser para dar forma comprensible y, claro, controlable, a las complejas realidades que constituyen el objeto, y abona a un diálogo entre historia social, enfoque conceptual y del imaginario.

La opinión pública es un componente central de la llamada modernidad. Ligada al concepto «publicidad»[6], *Öffentlichkeit* de Habermas, elemento sustantivo de la sociedad burguesa/civil, en el marco del sistema capitalista donde se integran, de un modo u otro, las sociedades contemporáneas. Aunque hoy se ve como unitario[7], históricamente, para el siglo XIX, cuando adquiere consistencia, cabe entender que en el orbe occidental existen por lo menos 4 modelos de publicidad[8]: el anglosajón, el francés, el alemán y el ibérico.[9] Conlleva diversas aporías del lenguaje[10] en el origen

5 Sino de quienes, entre domador y Pigmalión, ejercemos el oficio. Aprendices de brujo, armados con la varita de la disciplina, manía del poder saber, e ilusos creídos de portar el gorro de la eterna sabiduría, sin ver cuán más cerca andamos de Houdini que de Merlín, sin ser sino simple faceta del poliédrico espejo en que la sociedad se contempla, y retorna el reflejo como exigencia a la voz, al depender de difusión y opinión, obligados a referir la teoría, en equilibrio inestable, tanto al objeto como al público.

6 La base teórica parte de Koselleck, 1965 y Habermas, 2004.

7 Mas con síntomas de disgregación y debilidad, en poder de representación y relevancia explicativa, en el contexto actual. La unificación, pareja al uniformismo, intrínseco a la modernidad, no se consuma hasta el siglo XX tras las guerras mundiales. Aunque la modernidad se asoció a una aceleración de ritmo histórico, esta fue paulatina. Solo alcanzado un vector exponencial crítico parece, de pronto, rezagarse ella misma, con fisuras en sus modelos operativos, aconsejando explorar nuevas fórmulas del pensamiento y la acción social. Cf., Baker, y Reill, 2001; Jameson, 1995; Vattimo, 1986.

8 Con diferentes enfoques y espacios de experiencia, cf., Koselleck, 1993, determinados por las diversas circunstancias en el desarrollo histórico, para cada modelo, según las relaciones entre Estado, grupos sociales e individuos.

9 Revisión teórica de Habermas y peculiaridad de los modelos francés e ibérico, en Baker, 1990b; Chartier, 1995; Fernández Sebastián, 2003; Fernández Sebastián y Chassin, 2004; Goldman, 2007 y Guerra *et alii*, 1998.

10 Sobre el peso de los lenguajes y su redefinición en el nuevo contexto: Adorno, 1982; Baker, 1989; Guilhaumou, 1988 y 1998 y Palti, 1998.

del término y en su uso en el pensamiento y la vida social contemporánea. La publicidad, estado y calidad de la cosa/*res publica*, refiere a objeto (lo público) y sujeto (el público) colectivos, y a un doble registro simultáneo de vida social (actividades) y opinión (pensamiento y su expresión). Se define por confrontación al dividir el campo de la acción social en dos esferas: colectiva/pública y particular/privada, donde los sujetos actúan. Hay una fuerte tensión entre las diversas fuentes (romana, germánica, iusnaturalista, feudal, etc.) del derecho que regula en Occidente sus relaciones, y una paulatina polarización entre ambas.[11] Los parámetros que miden la opinión pública, y las convenciones que establece en la sociedad, son esenciales para entender cómo funcionan los sistemas socio-políticos contemporáneos, herederos de la modernidad.

En origen, opinión pública refiere a dos claves semánticas[12] de diferente uso social. Un campo ético connota la fama/honor del individuo, inseparable de un grupo familiar en la sociedad tradicional; su reflejo tendrá fuertes implicaciones por el relevante papel de la idea de virtud pública[13] en el desarrollo del modelo surgido de la Revolución Francesa. Por otro lado, «opinión» asume un factor restringido y negativo, ligado a creencia (impresión subjetiva), opuesta al criterio, *auctoritas*, de «verdad» (absoluta y universal); tensión que marcará social y políticamente la modernización conceptual. En el nuevo horizonte de expectativas, la redefinición implica una tendencia, en el sentido de Koselleck, a objetivar el concepto, a aproximarlo al margen positivo y abarcar el conjunto de la sociedad. Así, se muestra, desde un libre espacio de comunicación y debate sobre los

11 Evidencia, en el dominio burgués, una contradicción progresiva, ligada a la concepción y aplicación particularista de las relaciones de mercado, claves del sistema capitalista implícito, y la articulación de este en un Estado de Derecho, afectando en su marco a las relaciones de toda índole.

12 Que, en la modernidad, se resemantizan, mudando las claves de interpretación y uso del concepto. Mas la permanencia de valores residuales delata sesgos, tensiones y desequilibrios en el orbe conceptual moderno. Así, el problema del historiador se ve en el proverbio árabe del beduino, a quien, hallado en el camino comiendo y defecando, se le pregunta qué hace, y responde: «Saco lo viejo para meter lo nuevo». La textura de vianda y excremento es instrumental, pues el objeto, compleja síntesis metabólica, está en la barriga del beduino.

13 Pilar de la alternativa simbólica, de orden colectivo, al ente taumatúrgico del «segundo» cuerpo, místico e inmortal, del Rey, llave ideológica y sistémica de la realeza y su eficiencia política.

asuntos del bien común, como clamor, voz, de asamblea colectiva[14] que, por mor de la eficiencia, delega en otra, la de los representantes[15] —de la Nación, depositaria de soberanía y legitimidad, y vigilante del imperio—, elegidos para elaborar y velar por la ley, acotada en los parámetros que determina el bien común y fijadora de los límites funcionales de este. Se deriva el modelo de separación de poderes, definido, en el ideal, por la subordinación del ejecutivo al legislativo y la independencia del judicial, garante de equilibrio de derechos en las relaciones entre ciudadanos y con las instituciones del Estado.

No obstante, el modelo ideal plantea, ya en origen, el problema de la realidad tras los conceptos Nación, nacional y ciudadano, cuyos límites afectan al marco de su desarrollo, amén de fricción con otros campos, por la incidencia en público de pueblo/popular, llamado a emerger —en lucha cerrada entre la burguesía y sus rivales ideológicos por su apropiación—, desde el margen peyorativo, asociado a la plebe, del vocabulario, en el centro mismo del discurso político.[16] Así, las restricciones o exclusiones[17] (de clase, género…) al formarse el sistema de dominio, expreso en un modelo de Estado, repercuten en la reformulación conceptual[18], dentro de

14 La *res publica*, en giro de su sentido político, efectivo y no genérico, activa una fórmula opuesta al personalismo despótico del absolutismo, desplazando, de la persona al colectivo, las nociones de imperio (mandato de gobierno), soberanía y legitimidad. Ahí, la opinión pública, vista como contravalor y guía del gobierno, gana sentido de tribunal para la acción política, con conciencia implícita de las transferencias operadas.

15 Con desplazamiento del marco privilegiado (Rey, Nobleza e Iglesia) de representación «en y por sí», al público burgués «por y para el colectivo»; viéndose ve, en metáfora orgánica, a los «cuerpos» privilegiados como ajeno canceroso del cuerpo social.

16 Para una discusión del asunto: Glatigny y Guilhaumou, 1981; Guibert, 2003 y Rosanvallon, 1998.

17 Para ponderar las tensiones en la configuración del Estado burgués: Baker, 1990a; Baker, *et alii*, 1987–1989 y Rosanvallon, 1992, 1998 y 2000. La de género es vector imprescindible de la exclusión. Estratégica por el enorme peso político de aislar en la esfera privada el «Contrato sexual», escamoteando, con argumento jurídico y científico, la voz y representación pública, más derechos políticos y civiles anexos, de las mujeres. Así, el «encierro en el hogar» devino columna de la publicidad moderna, y, ahora, al unísono con el incremento del papel de aquellas en la esfera pública, se hacen patentes enormes brechas en el cimiento teórico de la modernidad, en curiosa «coincidencia». Cf., Guilhaumou, 2003; Mohedano Barceló, 2009; Outram, 1989; Pateman, 1995 y Vennot, 1996.

18 Obliga a ver el margen del potencial de pronóstico que extiende un nuevo horizonte de expectativa en situaciones donde la redefinición de aparatos conceptuales se realiza con desplome, habitualmente trágico, de expectativas sobre las espaldas de quienes las sustentaban; remite a una historicidad de lo exitoso, con silenciamiento de hechos y opiniones en el marco

las sociedades históricas producto de la modernidad, además de implicar potenciales publicidades marginales o alternativas, bajo modelos y parámetros diferentes de los de la burguesa.

La publicidad moderna se incardina al potencial de difusión abierto por la imprenta (matriz del término prensa): lo que no se difunde no es público; lo que es público es opinable. Aún desde la esfera privada, rehace los parámetros del mercado cultural, hurtándolo al monopolio institucional propio del Antiguo Régimen; pero se da en el estrecho límite de un islote de élite en un mar analfabeto.[19] El carácter restringido y elitista de la difusión de información y opinión —remitiendo a formas negativas, como la peyorativa *vox populi*—, evidencia barreras a la supuesta vocación comprensiva y fundamenta la base jerárquica de la publicidad burguesa, dándole, además, carácter pedagógico muy acusado. Restringe, primero, el sentido de público[20], para investir, luego, a la élite en el papel de ilustrar/formar y fijar/dirigir la opinión pública, fruto de las potenciales ampliaciones de la base necesarias para alcanzar los objetivos políticos. Así se entiende el protagonismo asumido por los *media* en la construcción de la publicidad moderna y el rol esencial de la libertad de prensa, que absorbe, casi totalmente, la de opinión.

La opinión pública, con sus órganos y los medios de comunicación, se mueve, así, entre ideal y realidad, en el camino desde su origen en la esfera privada hacia el núcleo de la vida pública, en un lugar intermedio, indefinido y fluctuante, entre fuertes dualidades: unidad conceptual vs diversidad de componentes e intereses; creencia particular e informal vs verdad; pedagogía vs dominio; información vs propaganda; ejercicio de libertad vs ejercicio de poder. La balanza se sitúa en un frágil equilibrio, cuyo fiel, más que en la genérica justicia, acaba por definirse en la correlación, difusa y heterogénea, según el contexto, entre la esperanzada expresión de libertades individuales y colectivas, el miedo al abuso de opinión (libelo,

de «corrección» de los sistemas generados, e ideológica cercanía a la cuestionada idea, de cuño moderno, de progreso motor de la Historia.

19 A leer desde el punto de vista de la información como poder, para todo sistema de dominio.

20 Formado solo por los que manejan los códigos del mensaje difundido. Así hay que ver el carácter de círculo cerrado, en el origen de la publicidad burguesa, de los espacios públicos (salones, clubes,…), lugares de difusión y circulación de información e ideas; con consecuencias, también, en las formas de organización política que solo abrirán su modelo, a mediados del siglo xix, por la fuerte competencia en el conflicto con el obrero.

contra la fama, panfleto, contra el orden) que vulnera derechos individuales o colectivos, y la defensa del orden establecido por el poder.[21] Dilema resumido, por contrapunto, en las frases de Marat: «La libertad de decirlo todo no tiene más enemigos que los que se quieren reservar la libertad de hacerlo todo», y de Bolívar: «Hermosa libertad de imprenta, con su escándalo, ha roto todos los velos, irritando todas las opiniones».

La Revolución francesa, con su epílogo napoleónico, jugó un rol excepcional en el desarrollo de la publicidad burguesa[22] y de los procesos de construcción nacional a lo largo del siglo xix, en el orbe occidental, dibujando un marco concreto para la irrupción de la opinión pública en la escena política. La incapacidad de la monarquía absoluta al afrontar la gestión económica y política del Estado, y las reformas que la hicieran viable, es tema central del siglo xviii francés. El inminente colapso fiscal, tras la «victoriosa» participación en la Guerra de la Independencia norteamericana, obligó a apelar a las «anacrónicas» instituciones del pactismo medieval; sin embargo, en un marco estamental, el trueque de privilegios por dinero, propio de ese pactismo, se cuestionaba en la nueva realidad social y económica, con peso sustancial de la publicidad moderna. Al renunciar la monarquía, ensimismada en el puro ejercicio de la autoridad, al uso del instrumento político, como forma de comunicación, generó un espacio ocupado por otros agentes: primero, sectores de la nobleza[23] y las élites culturales.[24] Al usar las élites cortesanas para sus objetivos, los mecanismos de la publicidad moderna situaban la partida en un campo de juego nuevo, con diversas consecuencias. La campaña[25], por parte de círculos cortesanos, contra la reina, con razón o sin ella, puso a la monarquía en la picota de la opinión, con obvio resultado final, revelando su escasa eficiencia en ese campo. La impotencia para evitar estrenar a Beaumarchais, en el

21 Asociado a/cautivo de los intereses particulares de grupos sociales; juez y parte, por ende, en el conflicto.

22 No solo para el modelo francés, al marcar la circunstancia en que tomaron forma los demás, en dialéctica que explica algunas de sus peculiaridades.

23 Descontentos por la evolución socio-económica, por los defensores acérrimos de sus privilegios y por limitar el poder real. Su actuación partidista opositora socavó temerariamente las bases del sistema que los sostenía.

24 Insatisfechas por las escasas oportunidades de la Corte, dan testimonio crítico de la situación.

25 A la que, por acción u omisión, no es ajena gente del rango del Conde de Provenza, futuro Luis XVIII.

feudo del Palais Royal, es otro síntoma de la debilidad del régimen frente a la opinión y presagio de sucesos inminentes. Al fin, tanto sus opositores como sus defensores se hallaron en un campo de justa común usando las mismas armas: mensajes contrarios pero iguales métodos.[26]

El recurso al arbitraje institucional, con la convocatoria de los Estados Generales, situó la opinión en el centro de la política; perspectiva adecuada para entender la distancia entre los Cuadernos de Quejas de 1789 y sus homónimos medievales, la multiplicación de pasquines y panfletos, y el escenario de la eclosión de la prensa moderna. La importancia de los medios de comunicación en la difusión de ideas y el uso de los métodos publicitarios, con participación estelar de los programas icónicos facilitados por los artistas, alteran su rol social, reduciendo el peso de la información en beneficio de la opinión directa y la propaganda, como parte sustancial de la sociedad naciente[27], a cuyo doloroso parto asisten, en improvisadas, y no precisamente delicadas, comadronas.

En el *revolutum* revolucionario, se dan en la escena de la opinión entre prensa, locura y ciencia, cruces diversos, cuya complejidad se refleja ejemplarmente en tres personajes: Marat (1743–1793), los resume en perspectiva multiforme e inclasificable. Pensador ilustrado, científico y médico, disociado, por exigencia del guion de la Revolución, del político y el periodista, prototipo de la prensa de la época; figura bifronte, cuyo estallido, al compás del pasional diálogo entre historiografía, opinión e imaginario, en hidra de mil cabezas[28], le describe menos a él que a nosotros, al encarnar, de forma paradigmática, a un «fantasma» de grupo, de sudario tinto en sangre propia y ajena, construido en la ecuación alteridad-enfermedad.

26 La moderna prensa francesa se forma en círculos como el que patrocina el Abate Royou, mezcla de filosofía, derecho y periodismo, en el Colegio Louis le Grand, donde coinciden Fréron, Desmoulins, Robespierre o Suleau. Con iguales conceptos periodísticos y recursos retóricos, en la Revolución, desde terrenos opuestos, competirán por la opinión: *El amigo del Rey*, *Los Actos de los Apóstoles*, *Las revoluciones de Francia y de Bravante*, … Al asumir el terreno común de la publicidad moderna y sus reglas intrínsecas, auguran que, tras la marea revolucionaria y la experiencia napoleónica, la Restauración no podrá retornar al Antiguo Régimen.

27 Origen metodológico e ideológico problemático con proyección amplificada en el presente. Cf., Aguilera, 1992; Carey, 1990; Dahlgren y Sparks, 1993 y Sohr, 1998.

28 Historia e imaginario, cf., Bonnet, *et alii*, 1986, alzan casi tantos Marat como posibilidades del pensamiento, curiosa imagen para quien vivió con coherencia intelectual y política superior al común de sus coetáneos, posición siempre definida en lo público y sin aristas escandalosas en lo privado.

Sade (1740–1814), amén de ilustrar las confusas relaciones entre opinión, poder y locura, se halla en el centro del conflicto entre juristas y médicos, representados por el abate Coulmiers y Royer-Collard, por el control de la institución psiquiátrica, resuelto, al fin, con Esquirol. El caso de Théroigne de Méricourt (1762–1817)[29] cierra el inquietante círculo al mostrar al extremo el peso de lo mediático en la configuración del imaginario colectivo y su influencia en la realidad social. Caída, por la coyuntura, en la institución, no será su enfermedad la que la mantenga allí, sino la proyección política de su personaje público, para acabar convertida en ejemplar de la historia de la psiquiatría, por medio de la historia clínica de Esquirol[30], basada, no en su biografía, sino en su imagen mediática, induciendo a la reflexión acerca del potencial de la idea de locura en el imaginario y en la sociedad.

La locura es una categoría definida socialmente y determinada, desde el punto de vista clínico, por esa definición en mayor grado que cualquier enfermedad genérica.[31] Refiere semánticamente, en esencia, al ser humano privado de razón o enajenado, ajeno a su propia conciencia, con fricción extensa y significante con el campo de los términos peyorativos del francés, *insensé* y *scélerat* ('insensato, desalmado, infame'). Dado el peso de la razón en la construcción del entramado de la modernidad, el choque se plantea desde la exclusión y la alteridad. Sitúa al loco frente al cuerpo social, al representar una intimidad/privacidad ajena/extraña, excluido de la publicidad y visto por esta con aprensión. Los sesgos del enfoque inciden en la propuesta de una perspectiva científica y clínica del fenómeno, enmarcada, además, en un nuevo abanico de respuestas para las preguntas relativas a los conceptos cuerpo y alma, que remueve las bases de la visión tradicional, condicionando y siendo condicionado por los referentes de la construcción de imaginario en ese campo.

Puede ser útil partir del imaginario tradicional relativo, removido por la modernidad —sintetizable en los múltiples sentidos esotéricos de la fra-

29 Mohedano Barceló, 2008.

30 Observación directa, descriptiva de sintomatología inmediata, aparte, realizada a partir de 1812, cuando la paciente lleva en centros psiquiátricos desde 1795.

31 La sintomatología del transtorno de la personalidad, ya sea de línea neurótica o psicótica, revierte siempre a un referente social. En la isla de Robinson Crusoe, es condición *sine quæ non* de la locura la presencia de un cuerdo que la atestigüe o del fantasma del universo racional de origen.

se del poeta y pintor William Blake: «Si un hombre persistiera en su locura, se volvería sabio»— mediante acercamiento prospectivo al arquetipo del inconsciente colectivo, de Jung, presente en el arcano 0[32] del Tarot. Las asociaciones significantes de su simbolismo dan idea de lo que esconde y el porqué de la inquietud que genera.

Ligado al modelo más primitivo del arquetipo heroico, el granuja/*trickster*, de apariencia animal, como en el ciclo europeo del zorro Renard-Reynard, de conducta dominada por los apetitos físicos y a cuya satisfacción atiende de forma cínica e insensible, o sea, infantil, en un camino siempre iniciático, que lo lleva, a su pesar, a un proceso de humanización.[33]

El Loco del Tarot, inmoral e inmortal, eterno joven y lúdico anciano, omnipresente y fuera de lugar, ciego y visionario, representa el impulso inconsciente que pone a andar un camino, u observa con ironía el final de un recorrido, para encarar de inmediato un nuevo punto de partida. Nómada energético, perturba el orden al desplazarse, con resultados, al parecer, azarosos[34]; su viaje constante rompe el equilibrio del otro y se confunde él mismo. Su andar despropositado, para sí, lo hace comodín, *joker*, y le da carácter multicolor, multiforme y mimético del otro. Asume rol de bufón —dueño de un saber que no es inteligencia[35], cuya pantomima burlona obliga al otro a mirar dentro de sí— y de mascota/talismán frente a la desgracia, delatando su papel sagrado en el ritual.[36] Su función es conectar dos mundos, regulando sus «transfers», separados en apariencia por dicotomías absolutas: imaginario / real; extraordinario / cotidiano; gestual / verbal; simbólico sintético/analítico-discursivo; osado/prudente; irracional/racional. Su relación con el perro representa el instinto y su ir ciego precisado de advertencia. Es el camino de la intuición, la sabidu-

32 Sin posición fija; al carecer de valor numérico, puede situarse al inicio o al final de la serie arcana.

33 Problemática social, religiosa y psicoanalítica aludida en *Pinocho* y *Peter Pan*, con tensión no resuelta entre individuación y socialización.

34 Aspecto que impide obviarlo en una sociedad afectada por un giro epistemológico que cuestiona la causalidad y otorga un peso importante a la relatividad, al principio de indeterminación o a las relaciones entre azar y necesidad en el funcionamiento de la vida.

35 El de la *episteme* alternativa del *poverello* de Asís, y de la paradójica figura del «tonto del pueblo».

36 Asociado al ángel, de las escrituras semíticas, que pasea entre los humanos, el «espía o amigo de Dios».

ría profunda hallable solo en el fondo de la ignorancia.[37] En definitiva, es la representación simbólica del poderoso «sí mismo»/*self* de Jung, centro energético e incontrolable de la psique.

La danza del Loco, cuyo violín entona la melodía de las esferas pitagóricas, perpetúa el ritual renovador del misterio de la creación, de la esencia universal (el Todo), desde el Caos primordial que vence a la Nada con método paradójico y dialéctico. Camina hacia delante mirando hacia atrás, revelando la trampa temporal en la historicista manía correlativa de la epistemología causal, pues el tiempo está psíquicamente marcado: Pasado/Inocencia; Presente/Razón; Futuro/Profecía. Por eso, la historia se construye como ciencia desde y para el presente, y la llave que abre puertas temporales es, solo, Poética.[38] El Loco penetra el espejo/espejismo del presente/razón con la energía generativa del inconsciente, sin rumbo, pero con propósito, asimilado al azar de la ciencia actual. El espejo recrea su tópica conversación ensimismada, centra la atención en el interrogante cetro del bufón, y sitúa la duda, superior a la esquemática del racionalismo cartesiano, en clave de diálogo frente a un sí-mismo que se ve en el otro.

En un curioso mazo austríaco del siglo xv, un bufón femenino sostiene, hacia el espectador, un espejo que refleja una triste figura masculina, con el rótulo: «Mujer bufón mirando su cara de idiota en un espejo». Esa es, tal vez, la metáfora perdida en el vaivén de la modernidad; es una derrota detectable a través del retroceso institucional del bufón cortesano, en frontera temporal medida por la distancia de lógica interna entre la imagen cortesana de Velázquez, los retratos de Carlos II, donde el bufón sería aberrante redundancia, en medio, y la pintura de Goya.

No obstante, el enfermo mental no es el Loco, sino su fracaso, mimo que no logra copiar, tahúr con su truco al descubierto, atado a la farsa del control del Otro, obligado a ver en el espejo de otro su propia inconveniencia social. Inseparable en el *socius* clínico, que funde unidades

37 El «solo sé que no sé nada», *sine quæ non* inicial de todo conocimiento, combinado con la falsa *boutade* dada del *posteriori* de «los dos tontos», y la confusión perfilada en el paradigmático *Rey Lear* de Shakespeare, quien asume el arquetipo tradicional frente a la pujante modernidad.

38 Lo entendió el surrelismo. Por eso locura y Arte andan de la mano, superada la métrica superficial de armónicos de Belleza. Entre culpabilidad de «razas malditas» e inocencia de flores, más que el vicio inquietan la locura y su inocencia. Si la esquizofrenia es lo universal, el gran artista es el que franquea el muro esquizofrénico y llega a la patria perdida, donde ya no pertenece a ningún tiempo, medio o escuela.

médico-enfermo en cuerpo sin órganos de la producción sanitaria, del contrapunto arquetípico del Loco, 1 del Tarot: el Mago, en sus avatares de artista y farsante, organizador del Caos, demiurgo creador de universos materiales e inventor del Otro, peligro de liberación de la Sombra del poder y poder para desterrarla, puente al sí-mismo para engendrar el ego por la conciencia de sí. Pero esa construcción simbólica se construye históricamente.

Resituemos la cuestión hacia el concepto clave de las Luces, la dignidad humana, para ver uno de los «monstruos» más interesantes soñados por la Razón, y como todo depende del posicionamiento político de los agentes y de su situación en la opinión pública, y a través de una apreciación de base legal y los modelos de enfoque del problema de la discapacidad funcional:

> El ideal de la dignidad humana […] asociado con el modelo de ser humano de la Ilustración, caracterizado por rasgos con patrones éticos y estéticos […] basados en la perfección […] al servicio del logro de ideales mediante su uso. La idea de dignidad humana se apoyó en un ser caracterizado por la capacidad y por el desempeño de un papel social […] se trasladó a la concepción de los derechos […] La teoría de los derechos humanos […] sobre un modelo de individuo caracterizado por sus «capacidades» de razonar, sentir y comunicarse […] el prototipo de un agente moral […] La dignidad humana se relaciona con el rol social […] La idea de capacidad sirve en la medida que los individuos son «útiles» a la sociedad […] que es posible obtener frutos de su actividad.
>
> El modelo de la prescindibilidad entiende la persona con discapacidad por anomalía física, psíquica o sensorial (permanente) como una aberración que debe ser eliminada o, al menos, separada del cuerpo social para que no moleste.
>
> El médico o rehabilitador […] (permanente o transitoria) como una anomalía personal […] con disminución de derechos […] deben ser cubiertos […] integrando a la persona […] a través de la asistencia sanitaria.
>
> El social […] no sólo por limitación funcional, sino también por limitación social […] Muchas situaciones presentadas como problemas individuales de un sujeto son provocados por la sociedad.
>
> El de la diversidad […] añade que la situación no tiene por qué ser considerada como un mal […] Es una persona diversa a otra cuya presencia en la sociedad, en igual nivel de derechos, es factor de enriquecimiento (Extractado de *Presentación* de R. Asís, en Palacios, & Romañach, 2007: 16–20).

La evolución histórica del asunto mantiene interesante paralelismo, en puntos de partida, contradicciones inherentes y desequilibrios en la llegada, con los señalados para la relación entre las esferas pública y privada —la familia guía del conflicto y la cuestión de género clave de lectura—, y la repercusión de los cruces entre imaginario y opinión en las opciones posibles y su adopción en el marco del sistema social, revelando que la locura, como ya era evidente en el marco del imaginario arquetípico, no es asunto marginal en el desarrollo de la sociedad, sino que se sitúa en el núcleo duro de su configuración sistémica.

En ese sentido, la posición del científico y del profesional clínico dista mucho de una cómoda neutralidad. La formulación del objeto teórico y la praxis hospitalaria se definen en un doble marco de responsabilidad que podemos evaluar históricamente volviendo al momento de nacimiento de la psiquiatría moderna, asociado, como veíamos, al contexto de la Revolución rancesa.

Las figuras de Pinel (1745–1826) y Esquirol (1772–1840) son piedras angulares de un proceso, visto como opinable continuo progresivo de la ciencia médica. La fuerza mediática del primero, forjada entre el prestigio académico y la leyenda de las cadenas, formaliza un tándem maestro-discípulo, no confirmado por un análisis epistemológico y clínico. La distancia generacional y de experiencia revierte en ideológica, donde la Revolución, dialéctica en Pinel, objetivación del mal[39] en Esquirol, fija posiciones y afecta a teoría y praxis, con receso disyuntivo entre ambas: locura, pérdida vs pecado; Curación, reencuentro vs arrepentimiento; Lucha por el alma/Terapia experimental vs Observación Taxidérmica/Diagnóstico; Centro, Punto de encuentro entre *factotum* clínico y paciente, lugar de la terapia vs problema de orden y gestión, zoo de la aberración; Enfermero, instrumento vs burocracia jerárquica y policial; Paciente/sujeto vs Espécimen/objeto.

La línea de Esquirol se impone con la Ley de 1838, y consagra al «señor del diagnóstico» y al diagnosticado en inerme «protegido» institucional. Pero las necesidades publicitarias de la ciencia aumentan en el XIX. Con Charcot, la Salpêtrière *toujours*[40], la psiquiatría recupera cariz mediático, retorno que entronca con el de la terapia al centro de la escena clínica por

39 Enfoque clinicológico de enorme peso en la historiografía del XIX.

40 Didi-Huberman, 2007.

la vía del psicoanálisis. El debate psicoanalítico, de los 70, entre Deleuze y Lacan, con Foucault en el eje, señalaba los problemas hermenéuticos y epistemológicos de la locura en el entorno societario contemporáneo y sus relaciones con la estructura social, en especial el modelo familiar, y económica. El fracaso del movimiento antipsiquiatra, por otra parte, dejaba la cuestión del «manicomio» enrocada en el institucionalismo.

Hoy, esa tensión entre opinión, *media* e imaginario se mantiene. Un botón de muestra, en el origen de la inquietud motivo del presente texto, para terminar, escogido por su carácter sintomático, y nada sospechoso en términos ideológicos:

> En las últimas semanas hemos asistido […] a actos racistas y xenófobos que […] denunciar; pero no hay que ser alarmistas, la sociedad española en general no es así. Descerebrados, locos e incultos […] los hay y, por desgracia los habrá siempre, pero si son alentados por los medios de comunicación, crecerán en número […] Desde *SÍ* hemos denunciado […] los excesos que están cometiendo las televisiones […] a la hora de tratar los asuntos de inmigración […] La repetición hasta el hastío de las imágenes de agresión a una ecuatoriana en el Metro de Barcelona […] la agredida no ha podido pasar inadvertida y volver a su vida normal, y los locos y desaprensivos han visto la puerta abierta a su patológico protagonismo. Desde los medios de comunicación deberíamos replantearnos unos códigos de conducta […] Los únicos que pueden poner freno a esta situación son los jueces con sanciones ejemplares (*Editorial Racismo, TV y jueces* de *SÍ se puede El periódico de la integración* 3/9 de Noviembre de 2007).

Que cada quien tome nota de su responsabilidad, pero, tal vez, empieza a ser hora, más allá del discurso políticamente correcto y de las aporías mediáticas del juego de la opinión, de afrontar el tema, crucial para un sistema democrático, de la dignidad humana en toda su dimensión, debatir si es posible el respeto a la diversidad y al ser humano que sufre, solo sujeto de su enfermedad y único objetivo legítimo de la ciencia médica.

Bibliografía

Adorno, Theodor W. (1982) *La Ideología como lenguaje: la jerga de la autenticidad*. Madrid: Taurus.

Aguilera, O. (1992) *Función y disfunción del mensaje periodístico en relación con la libertad de los receptores*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.

Baker, K. M. (1989) *La langue politique et la Révolution française. De l'événement à la raison linguistique*. París: Klincksieck.

— (1990a) *Inventing the French Revolution: essays on French political culture in the eighteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.

— (1990b) *Au tribunal de l'opinion. Essais sur l'imaginaire politique au xviiie siècle*. París: Payot.

— *et alii* (1987–1989) *The French revolution and the creation of modern political culture*. 3 vols. Oxford: Pergamon Press.

— y Reill, P. H. (Eds.) (2001) *What's left of Enlightenment?: a postmodern question*. Stanford: Stanford University Press.

Bercherie, P. (1980) *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique.* París: Navarin.

Bonnet, J.C. *et alii* (1986) *La Mort de Marat.* París: Flammarion.

Carey, J. W. (Ed.) (1990) *Media, myths, and narratives: television and the press*. Newbury Park: Sage.

Chartier, Roger (1995) *Espacio público, crítica y desacralización en el siglo xviii: los orígenes culturales de la Revolución francesa*. Barcelona: Gedisa.

Dahlgren, P. y Sparks, C. (Ed.) (1993) *Communication and Citizenship: Journalism and the Public Sphere*. London: Routledge.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2004) *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia.* Barcelona: Paidós.

Derrida, J. (1987) *Psyché: inventions de l'autre*. París: Galilée.

Didi-Huberman, G. (2007) *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière.* Madrid: Cátedra.

Durand, G. (1969) *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire: introduction à l'archétypologie générale*. París: Bordas.

Fernández Sebastián, J. (Ed.) (2003) *Conceptos políticos. I. Opinión Pública. Intelectual. Historia Contemporánea*, 27.

Fernández Sebastián, J. y Chassin, J. (Coord.) (2004) *L'avènement de l'opinion publique. Europe et Amérique, xviiie-xixe siècles*. París: L'Harmattan.

Foucault, M. (1979) *Historia de la Locura en la época clásica.* Madrid: FCE.

— (1999) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica.* Madrid: Siglo XXI.

Glatigny, M. y Guilhaumou, J. (Comp.) (1981) *Peuple et pouvoir: etudes de lexicologie politique*. Lille: Presses Universitaires de Lille.

Gervereau, L. (2004) *Inventer l'actualité: la construction imaginaire du monde par les médias internationaux*. París: Découverte.

Goldman, N. [2007] «Legitimidad y deliberación. El concepto de opinión pública en Iberoamérica, 1750–1850». En Congreso Internacional *El lenguaje de la modernidad en Iberoamérica. Conceptos políticos en la era de las independencias*. Madrid 26/29 de septiembre [en curso].

Guerra, F.-X. *et alii* (1998) *Los espacios públicos en Iberoamérica. Ambigüedades y problemas. Siglos xviii-xix*. México, FCE.

Guibert, F.-X. de (ed.) (2003) *Le Peuple. Figures et concepts. Entre identité et souveranité*. París.

Guilhaumou, J. (Coord.) (1988) «Langages de la révolution française». *Mots, ordinateurs, textes, sociétés*,16. París.

— (1998) *L'avènement des porte-parole de la République (1789–1792). Essai de synthèse sur les langages de la Révolution française*. Lille: Presses Universitaires du Septentrion.

— (2003) «L'exclusion des femmes du savoir politique pendant la Révolution française». En Capdevilla, L. *et alii* (Dir.) *Le genre face aux mutations. Masculin et féminin du Moyen-Âge à nos jours*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Habermas, J. (2004) *Historia y crítica de la opinión pública*. Barcelona: Gustavo Gili.

Jameson, F. (1995) *El posmodernismo o la lógica cultural del capitalismo avanzado*. Barcelona: Paidós.

Jung, C.G. *et alii* (1984) *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Caralt.

Koselleck, R. (1965) *Crítica y crisis del mundo burgués*. Madrid: Rialp.

— (1993) *Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Paidós.

Mannoni, O. (1973) *La Otra escena: claves de lo imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.

Mohedano Barceló, J. (2002) «Du Destin au "fait social total". Réflexions sur le mécanismes de cohésion sociale et la condition humaine». En Chassay, J.-F. y Gervais, B. (Dir.) *Les lieux de l'imaginaire*. Montréal: Liber.

— (2008) «De Théroigne y "yo". Reflexiones sobre la caracterización sociohistórica del enfermo mental y los problemas del punto de vista». En XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*. Granada, 11-14 de junio. Granada: Universidad de Granada, 187–190.

Mohedano Barceló, J. (2009) «Imagen, representación, programa político y memoria histórica. Una aproximación en dos tiempos». En VII Encuentro Internacional de Historiografía. *La Imagen en la Historiografía*. UAM-Azcapotzalco, México, 9-11 de septiembre.

Outram, D. (1989) *The Body and the French Revolution; sex, class and political culture*. New Haven: Yale University Press.

Palacios, A. y Romañach, J. (2007) *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Santiago de Compostela: AIES--Diversitas.

Palti, E. J. (1998) *Giro lingüístico e historia intelectual*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

Pateman, C. (1995) *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos–México: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa .

Rosanvallon, P. (1992) *Le Sacre du Citoyen. Histoire du suffrage universel en France*. París: Gallimard.

— (1998) *Le Peuple Introuvable. Histoire de la représentation démocratique en France*. París: Gallimard.

— (2000) *La Démocratie Inachevée. Histoire de la souveraineté du peuple en France*. París: Gallimard.

Sohr, R. (1998) *Historia y poder de la prensa*. Barcelona: Andrés Bello.

Vattimo, G (1986) *El fin de la modernidad*. Madrid: Gedisa.

Vennot, E. (Dir.) (1996) *La démocratie «à la française» ou les femmes indésirables*. París.

11. RADIO NIKOSIA: HACIA UNA RE-SIGNIFICACIÓN DE LA LOCURA

Martín Correa-Urquiza
Medical Anthropology Research Center
Departament d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili
marthuc@yahoo.com

La re-apropiación de la semántica que los nombra puede pensarse como una de las batallas pendientes entre los sujetos de la llamada locura. La necesidad de conquistar una cierta legitimidad para nombrarse, definirse, pensarse, y construir —o de al menos participar activamente en la construcción de— los discursos que piensan el fenómeno, está también vinculada a la posibilidad de adueñarse de los propios procesos de vida, de los propios itinerarios de recuperación o búsqueda del bienestar. En los últimos años se ha ido poniendo en evidencia —con mayor o menor énfasis— la necesidad de que las reflexiones surgidas de la experiencia subjetiva del sufrimiento mental formen parte del concierto de voces que construyen el sentido de la problemática y sus caminos de aproximación. Esta es precisamente la premisa fundacional de la experiencia de Radio Nikosia, uno de los ejes del presente artículo. Nikosia es una instancia[1] de comunicación, un programa y una serie de prácticas de intervención social y comunitaria elaboradas por un grupo de 60 personas diagnosticadas con problemas de salud mental, que cuentan a su vez con el respaldo de antropólogos, periodistas y psicólogos en tanto integrantes del mismo colectivo. Es decir, el funcionamiento sucede a partir de un equipo de personas con saberes y experiencias distintas que son en alguna medida com-

1 Pienso como posible la idea de «Instancia» al referirme a la experiencia de Radio Nikosia porque el concepto resume las nociones de tiempo y espacio, y me permite definir en un mismo concepto la temporalidad y la idea geográfica-simbólica que abre Nikosia. Y no hago referencia exclusivamente al momento/lugar de la emisión, sino que incluyo aquí a las diferentes dimensiones sociales en las que los participantes son atravesados y atraviesan por esta práctica.

plementarias. Las emisiones se elaboran y producen conjuntamente, y en la mayoría de las ocasiones están vinculadas a la necesidad de reivindicar un lugar activo dentro de la comunidad, un espacio legítimo para el decir de la locura desde la palabra de la locura.

Nikosia está en el aire desde al año 2003.[2] Emite en la ciudad de Barcelona (España) a través de la frecuencia de Contrabanda 91.4FM, una radio libre y de perfil asociativo. La experiencia puede pensarse como un territorio físico y temporal que, si bien se desarrolla dentro del ámbito de la salud mental, es —en tanto medio de comunicación— una suerte de dispositivo que funciona más allá de las redes del sistema sanitario, más allá de toda lógica terapéutica. Es un programa con identidad de emisora en sí misma, un territorio elaborado y reinventado de manera constante y colectiva desde donde se articula el *decir* de los afectados y se construye *otra* geografía para el *estar* de la locura. No hay allí diagnósticos, ni pacientes; en todo caso personas, redactores, *nikosianos*[3], etc.

En términos de su funcionamiento la estructura de Nikosia se organiza a partir una asamblea general que se realiza los lunes y en la que se definen las temáticas a tratar, las características de cada programa, los invitados, etc. Ese día, aquel *nikosiano* que ha propuesto el tema de la semana es el responsable de animar el debate, de plantear puntos de partida para la reflexión colectiva e incentivar a los demás compañeros a dar sus puntos de vista sobre la cuestión. A partir de allí se produce el cruce de ideas que conformarán el contenido base para el programa. El directo es cada miércoles de 16:00 a 18:00 h de la tarde y es entonces cuando la misma persona que ha planteado el tema es responsable de coordinar, de dar la palabra a los otros y de estructurar las dos horas de radio. Claro que esta es la idea con la que se organiza el espacio, pero luego, en vivo, suceden cosas que se escapan permanentemente de lo previsto. Visitantes, estudiantes, curiosos, *nikosianos* que entran y salen del estudio de radio, espontáneos que

2 Paralelamente a la puesta en funcionamiento del proyecto se fue desarrollando una labor etnográfica y de investigación que más tarde derivó en una tesis doctoral titulada «La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura» (Correa Urquiza, 2010). Este artículo surge de algunas reflexiones posteriores a la tesis y toma prestados algunos pasajes de distintos capítulos de la misma. El texto resulta de reflexiones que el mismo proceso de Nikosia provoca.

3 *Nikosiano/a* es la categoría que los participantes de la experiencia han adoptado como propia a la hora de nombrarse, la prefieren a «enfermo mental», «sujeto del diagnóstico» u otras variables.

se acercan a plantear sus problemas con las redes de atendimiento de la salud mental y toda una serie de acontecimientos que marcan el hacer de la experiencia y excederían los márgenes del presente artículo. Aquí, creo, lo que importa decir es que Nikosia acontece como programa y como instancia que evidencia un tipo de re-apropiación.

El primer programa salió al aire en febrero del 2003. En aquel día, Nacho, uno de los primeros *nikosianos* que aún participa en el espacio, se presentó así:

> Hola, soy Ignasi. Un abismo separa mis momentos de extrema lucidez de otros en donde afloran todos mis complejos, mis inseguridades, mis miedos y debilidades, mis desvaríos y mi enfermiza timidez. La incipiente sordera que padezco solo hace más que agravar este cuadro. En un *plis plas* me he encontrado en este programa de Radio Nikosia. Esto me supone una promoción y un medio de expresión público. La experiencia puede resultar, además, interesante, beneficiosa y gratificante. No recuerdo quién dijo que la sociedad sale beneficiada de tipos con determinados tipos de locura. Este programa servirá de puente entre vosotros y nosotros. Puede prometer. Tened en cuenta que la locura suele significar ciertos problemas de relación para la mayoría de los afectados; sin embargo, tras esta dificultad, se esconde, normalmente, un ser altamente sensible.

Hasta diciembre del 2010 se han realizado más de 400 monográficos sobre temáticas tan diversas como «La melancolía», «La Risa», «La Lluvia», «El desprecio», «Reinventarse», «Las natillas», etc. En la mayoría de los casos la denominada «locura» ha sido pieza fundamental en la trama, el eje que ha atravesado gran parte de los argumentos, reflexiones o experiencias. A pesar de los intentos colectivos por *cambiar de tema*, el malestar de la enfermedad en su choque con el tejido social es, en cierto modo, omnipresente. A grandes rasgos, las participaciones de los redactores se articulan en torno a dos ejes principales: una cierta dimensión *reivindicativa* y otra dimensión quizás más *lúdico-cultural-creativa*. Ambas se van entrelazando constantemente en un vaivén en el que, en ocasiones, es imposible diferenciarlas. La primera es la relativa a la necesidad de *lucha* contra el estigma en todos sus aspectos. Félix, *nikosiano*, afirmaba, por ejemplo, durante un debate en torno al tema de la normalidad: «Hemos de conseguir un lugar social en nuestra diferencia, que nos reconozcan como diferentes pero que, al mismo tiempo, seamos normales». La segunda está vinculada a la necesidad expresiva, a los poemas, cuentos y relatos en prosa sobre otros temas que no pertenecen necesariamente —o

sí— al campo del dolor mental. Hay circunstancias, por ejemplo, en las que suelen escribir poemas que resumen de manera contundente las dos dimensiones. Princesa Inca, una de las *nikosianas* que entró en 2004, leía en un programa sobre *Psiquiátricos* un texto en prosa dedicado a *Psiquiatras y predicadores* que actúa en ese sentido:

> No tienes derecho / a decirme si debo o no debo / nadie es más que nadie / ni tus libros me valen / porque yo tengo los míos / y a veces no hay libros / que la vida es observar y notar cómo duele / esa misma vida / en el origen profundo de las venas / dejar que te voltee y te hunda / mirar si tenía la forma olvidada / de una ciudad que visitaste / hace años / y queda en el recuerdo / No tienes derecho / a decirme si soy o no soy, / porque Ser nadie sabe / que todos somos miedo y alegría / y a la vez agua y hastío / No tienes derecho, jamás / a decirme si valgo o no / porque no hay números en el alma ni pastillas para el alma / no hay precio aunque insistan / vendiéndonos en cada esquina / no tienes derecho, tú, jamás / a ser yo.

En cada programa, lo que puede pensarse como parte de la dimensión reivindicativa es algo que se trasluce también en las *cuñas* o *separadores* que ellos han creado y se han ido grabando como piezas de identificación radiofónica[4]:

> — «Desde vuestras neuronas, ataca Radio Nikosia. Os dejaremos sin ninguna». Alberto.
>
> — «Hölderling: "el hombre es un Dios cuando sueña y un mendigo cuando reflexiona". Radio Nikosia, seguid soñando». Cristina-Princesa Inca.
>
> — «Radio Nikosia, un punto de encuentro. 91.4 Contrabanda FM.». Griselda.
>
> — «Radio Nikosia, locura sana en estado puro. 91.4 Contrabanda FM». Almudena.
>
> — «Radio Nikosia, donde nuestra diferencia nos hace únicos». Almudena.
>
> — «La locura no es la mancha en el tapiz de la cordura. Radio Nikosia». Alberto.
>
> — «Si te quieres desahogar seca tus lágrimas en este canal. Radio Nikosia». Alberto.
>
> — «Si te quieres divertir, algo sabrosón debes oír, mi amor. Radio Nikosia 91.4 Contrabanda FM». Dolors.

4 Piezas de identificación del programa creadas y grabadas por los propios *nikosianos* con el apoyo del equipo de coordinación.

— «Enfermos de amor, psicópatas de la poesía y el arte. Cerdos que vuelan y cuarenta voces que suenan como una sola. Tan sólo aquí, donde la locura está en el aire. Radio Nikosia. Contrabanda. Los miércoles de 4 a 6 horas. 91.4 FM». Jota.

— «No sé, colega, yo te digo algo, no hay derecho a que por haber soñado en voz alta se nos trate de una forma tan injusta, tan anormal. Porque la locura puede también presumir de tener corazón y ser tu amiga. Será por eso por lo que puedes contar con nosotros. En un espacio en donde cerrar la puerta a los malos rollos y abrir el corazón es lo normal. Y yo te digo dónde, en Contrabanda 91.4 FM. Los miércoles de 4 a 6 horas. Somos los de Radio Nikosia». Jota.

— «Abre las puertas de tu imaginación y ven con nosotros a nuestro loco rincón. Radio Nikosia». María José.

— «Trascender, rasgar y vomitar tu verdad, aquí la vas a escuchar». Xavier.

— «Radio Nikosia, porque hay más locos fuera de los psiquiátricos, que sufriendo de la incomprensión de los crédulos en prejuicios y ciegos en corazón». María José.

— «Porque la locura también es música, porque la locura también merece voz, volamos, nos movemos en el aire; fuera de la normalidad. Radio Nikosia». Jota.

— «Radio Nikosia, un proyecto en el aire. Pero con paracaídas y algodones». Antonio y Pau.

Una de las ideas centrales del dispositivo es utilizar los medios de comunicación con el objetivo de *humanizar* la información relativa al tema, contarla en su realidad de experiencia subjetiva, de dolor, de verdad vivencial. Esto no implica negar las categorías diagnósticas en sí mismas, sino quizás sí cuestionarlas en su uso en tanto etiquetas que fosilizan personas, las neutralizan social e individualmente. Nikosia parte de la idea de que el problema del estigma es, a veces, no necesariamente la falta de información relativa a las problemáticas mentales, sino el tipo único de información que circula. Por eso, la intención no es negar la información que surge desde lo clínico-médico, sino sumar de cara a la comunidad un conocimiento más cercano y personal sobre ese sufrimiento. Es en cierta manera evidenciar que el dolor de lo que llamamos locura es también parte de los dolores humanos. Los *nikosianos,* en general, no niegan el sufrimiento que provoca la problemática; cuestionan la unilateralidad con la que se trata clínicamente, el monólogo de los saberes biomédicos, y la invisibilidad y des-legitimación social a la que se ven expuestos social-

mente. «Si no participo en mi cura, no me curo», decía Dolors, *nikosiana*, durante un programa dedicado a «La cura». Para ellos hay otro dolor que es provocado por los que se nombran como cuerdos en su afán por apartar a los «diferentes» —o «insertarlos» según parámetros de normalidad ya pre-establecidos—; para ellos la normalidad no existe como absoluto, y los límites entre locura y cordura son difusos; sin embargo, el estigma es una realidad cotidiana con la que deben batallar cada día: «Se señala, se ignora, se margina en nombre de una supuesta normalidad naturalizada como lo que tiene que ser», afirmaba Princesa Inca, *nikosiana*, durante un programa sobre el estigma.

En abril de 2004, en unas jornadas de salud mental en el Auditorio del Caixa Fòrum en Barcelona en las que participaron redactores como ponentes, Dolors, *nikosiana,* estuvo sobre el escenario y expuso lo que para ella significaba la experiencia de la radio:

> Yo me sitúo desde la óptica de expresar mis sentimientos, para mí el concepto de salud mental pasa por integrarnos anímicamente. Mi experiencia me ha hecho ver que lo más importante es que la salud mental se enfoque desde una perspectiva en donde la afectividad sea primordial para la resolución de los problemas. Pienso que no deberíamos concederle tanta importancia a la química del cerebro, ya que la vida me ha enseñado, por ejemplo, que tener una relación me ha estabilizado mucho. La radio me ayuda a la rehabilitación, por primera vez no es nada impuesto. Yo escojo lo que me hace sentirme una persona y lo que quiero transmitir en un medio de comunicación. Es importante asumir una responsabilidad y enriquecerme junto a mis compañeros. La radio me ha enseñado que uno puede estar mal y los compañeros no te rechazan. Este es el objetivo de Radio Nikosia: no excluir a nadie, ya sea por color, raza, sexo. Hoy hay que saber que se pueden vivir realidades diversas sintiéndose cada vez mas persona, tolerante, solidario. Hay que ir escuchando lo que dice el otro, ayudando al que lo esta pasando mal. Las cosas pueden cambiar con solo proponérnoslo, somos conscientes de que aún queda mucho por andar. Nosotros estaremos dando la cara desde el lugar que nos corresponda. Muchas gracias.

Prácticamente una vez al año se realiza un programa de reflexión colectiva alrededor del funcionamiento de la experiencia; es una manera de repensarla en su totalidad. En marzo del 2008 se emitió un programa titulado *Hacia dónde va Nikosia*. Santiago, *nikosiano*, comenzó de esta manera:

> Yo creo que el futuro de Radio Nikosia parte sin duda de un espíritu crítico. Estoy seguro que la crítica viene dada en el ser humano. Estos años han significado la libertad y rigor, el expansionamiento de mi condición de apto, la expansión de mi condición de apto con la excepción de no trabajar, rehabilitado humanamente, rehabilitado e ilusionado, también me ha gustado hacer radio. Me he relacionado, he hecho amistades con mis compañeros, he participado y he denunciado el estigma contra los enfermos mentales. Espero que esta lucha sirva para algo más que una palmadita en la espalda.

Silvia la acompañaba diciendo estas palabras:

> Está claro hacia dónde va Nikosia. Va hacia la expansión, cada vez más adelante y más adelante. El formato de la radio con los espacios que presenta no es solo una ayuda para los que participamos en ella y para los que nos escuchan, sino que va más allá y hace que poco a poco vayamos ganando en nuestras secciones. Cualquiera puede participar en la radio y tener el gusto, si quiere, de tejer con todos los que la formamos. Yo creo que hacemos de espejo para muchas otras radios que acaban de nacer o están por nacer. Radio Nikosia es un referente y formar parte de ella es para mí un honor y un placer. Adelante *nikosianos* y *nikosianas*. Adelante.

Una doble subalternización

En la actualidad, el modelo de atención y gestión de la salud mental no está exento de las premisas que rigen el Modelo Biomédico Hegemónico.[5] Por lo tanto, es evidente que el segundo determina en gran medida el funcionamiento orgánico y las articulaciones a través de las cuales se hace efectivo el primero. Una de las características fundamentales del ejercicio de ambos, y en donde la traslación de metodologías y estrategias se observa más axiomática, es en la llamada unidireccionalidad de la circulación de saberes, fundamentalmente a lo largo del transcurso del episodio clínico. Ángel Martínez (2008) ilustra, en un breve recorrido, la influencia

5 Eduardo Menéndez realiza en varios escritos un análisis profundo de las características del llamado Modelo Médico Hegemónico. Ver Menéndez, E: 1992. En Cataluña el modelo se define actualmente como bio-psico-social, en ese orden, pero como afirma Emilio González (1992), este tipo de encadenamiento no estructura su correlación de forma casual, de hecho denotan la importancia dada a cada dimensión. Lo social es siempre el tercer aspecto a tener en cuenta, tanto en el intento de compresión de las causas de la problemática como en relación a las estrategias de salud puestas en práctica.

histórica de lo que denomina como Modelo Monológico (2008:177). Es decir, un sistema en el que los discursos circulan solo en una dirección y se caracteriza por la inexistencia del diálogo en favor del monólogo de los saberes expertos que se instalan a su vez en tanto conocimientos *absolutos* y de *objetividad* universal. No son pocos los casos que ilustran este tipo de articulación, que es, en definitiva, la que se ha naturalizado como eje del modelo central del engranaje de los sistemas de salud en gran parte del continente europeo.

Ante esta situación, el saber del loco[6], considerado pieza del puzle de los saberes populares, se constituye desde un cierto margen en relación a los saberes expertos y es objeto al mismo tiempo de una instancia de doble subalternización; es decir, me refiero a este saber como modelo subalterno al saber popular que, a la vez, se estructura socialmente como modelo subalterno a los saberes expertos. Sin embargo, es un saber más o menos efectivo, real en sus dinámicas de existencia; un saber que genera la experiencia y que de alguna manera se articula como un *corpus* desde donde también es posible construir un tipo de relato sobre la problemática;[7] un saber que es producto de la elaboración de las vivencias que determinan y corporizan el sufrimiento, que constituye en sí mismo un tipo de conocimiento con posibles aplicaciones prácticas y efectivas y que a nuestro entender debería formar parte del discurso global desde donde se construye permanentemente el ensamble teórico alrededor del dolor y la salud mental.

No hemos de olvidar tampoco que los vínculos que se articulan a través del saber se establecen a la vez como relaciones de poder que promueven relaciones de jerarquía, no simétricas. Y en el campo de la salud, al hecho de que la biomedicina le asigne a los saberes populares una cierta categoría de *inexpertos*, imprecisos, *poco fiables* por su *frágil ligazón* con las lógicas de la metodología científica, le subyace la imposición de «una forma más o menos sutil de dominación» (Martínez, 2008:181). En salud mental este dominio se acentúa y se hace más evidente, y podríamos afirmar que de alguna manera deriva en prácticas que contrarían el desarrollo de casi todo proceso de recuperación o bienestar. Es un dominio

6 Utilizo a idea de «loco» en tanto categoría «emic». En este caso, la mayoría de los *nikosianos* suelen preferirla a la de «enfermo mental» por que no los fosiliza exclusivamente en una dimensión patológica.

7 No como problema, sino como fenómeno.

que parte de una situación de poder vinculada a las formas a través de las cuales el argumento médico se transmite en la instancia clínica, de su naturalización en tanto verdad objetiva y de su constante socialización.[8] Este fenómeno[9] de alguna manera es sustentado sobre tres instancias que se enlazan: por un lado, el hecho de que, como hemos señalado, tiene sus bases y antecedentes en las relaciones de dominio que circulan comúnmente entre saberes, lo que, a su vez, y en segundo lugar, sostiene y legitima el poder que se manifiesta en un tipo de vínculo, que partiendo desde una lógica estratificada se plantea desde una jerarquía unidireccional que parte de los saberes expertos, la cual en último —o primer— término se apoya en la consideración del afectado como sujeto del trastorno, no calificado *enfermo mental absoluto*, etc. En resumen: la jerarquía entre saberes expertos y legos sustenta y legitima, en este caso, la jerarquía entre médico y paciente, la cual está, al mismo tiempo, apoyada y agudizada a partir de una clase de *pre-juicios* que se evidencia en la consideración del otro/paciente en tanto sujeto pasivo, inhabilitado de manera absoluta en lo relativo a sus capacidades de articular conocimiento alrededor de la problemática y sus circunstancias.

Afirma Foucault que los sistemas expertos dicen lo siguiente:

> De tu sufrimiento y tu singularidad sabemos cosas suficientes (que ni sospechas) para reconocer que son una enfermedad; pero conocemos esa enfermedad lo bastante como para saber que no puedes ejercer sobre ella y con respecto a ella ningún derecho. Nuestra ciencia permite llamar enfermedad a tu locura, y por ello, nosotros, los médicos, estamos calificados para intervenir y diagnosticar en ti una locura que te impide ser un enfermo como los demás: serás por lo tanto un enfermo mental (Foucault, 2005:339).

A raíz de esto, podríamos añadir también que se suele ejercer sobre el loco una suerte de triple apropiación:

1) Una apropiación de las categorías que lo definen, del nombramiento de su locura: *Yo te nombro, te defino en tu malestar, te construyo en tanto cuerpo de una enfermedad que pauto y delimito*.

8 Me refiero a la «utilización social» por parte de la comunidad de los argumentos médicos como herramientas para nombrar a los afectados y hacer efectiva y justificar la exclusión.

9 A pesar de que puede vislumbrarse una intención, al menos desde el campo de la retórica, por abrir nuevos ámbitos e intentar aceptar o promover el hecho de que la salud debe pensarse desde una perspectiva multidisciplinar y multidiscursiva, en la realidad, los saberes expertos continúan articulándose desde una posición jerárquica y monológica.

2) Una apropiación de la legitimidad para reforzar o confirmar o contribuir a construir la imagen social sobre esa locura: *Solo los cuerdos y fundamentalmente aquellos que representan a los saberes expertos son autorizados para hablar y definir socialmente a esa locura.*

3) Una apropiación de las estrategias de la cura posible y de las prácticas legítimas para una supuesta recuperación del bienestar: *Yo diseño las estrategias y comportamientos a seguir y cualquier desviación de este proceso puede ser interpretado como signo de una agudización de la problemática.*[10]

En la mayoría de las ocasiones, la carrera del *paciente* (Goffman, 1989) se transforma a la vez en el eje de un proceso de adopción de una identidad asociada a la idea de enfermedad. Esto es lo que, en términos de Gramsci, podríamos pensar como una cierta interiorización de las pautas dominantes como sentido común de los itinerarios, en este caso, de la semántica relativa a la salud mental. El trastorno y sus calificaciones impregnan el tejido de vida del sujeto que deviene así en una suerte de *enfermo absoluto*. Identitariamente se ve fosilizado en una dimensión exclusivamente patológica. Ya ni tan solo *está*, sino que *es* enfermo, y lo es en todas y cada una de las instancias sociales de su *yo* cotidiano. Este fenómeno repercute, a raíz de elementos como las significaciones socio-culturales de la problemática, en una suerte de descalificación del discurso subjetivo, un *no ha lugar* de sus narrativas que incide inhabilitando las posibilidades de su *ser y estar* activo socialmente. «No entiendo por qué soy esquizofrénico si yo ejerzo de loco solo el 10% de mi tiempo», afirmaba Nacho, *nikosiano,* durante un programa. Con todo, no sería extraño pensar que hasta cierto punto ese *itinerario* hacia el *ser en tanto enfermo absoluto* contribuya a la deslegitimación del sujeto como actor frente a su proceso. El lugar del *no-saber* que generalmente debe aceptar y que se posiciona enfrente del *saber total* desde el que suele articularse el universo de los sistemas expertos, es crucial en ese sentido.

Decíamos en otro escrito (Correa Urquiza, 2010) que en la instancia Nikosia, Pau, como otros redactores *nikosianos* y como muchos de los afectados, «nunca ha negado la existencia —reiterada a veces— de una

10 Hay un elemento que amplifica la coerción de los sistemas psi sobre el tema de la locura: la ignorancia sobre sus causas biológicas o psicobiológicas. Gran parte del carácter casi religioso que adoptan las escuelas psi deviene precisamente de esta ignorancia. Son formas de conjurar un vacío de conocimiento que optan por el dogmatismo antes que por la no-acción o la revelación del no-saber. Esto último desvirtuaría al sistema, como eso, experto.

cierta fractura social y circunstancial en su ser en el mundo, sino que niega las significaciones externas impuestas para su dolor, se resiste a aquellas clasificaciones que percibe como reduccionistas y en las que no ve reflejada la complejidad del fenómeno que lo atraviesa. Se niega, quizás, a que su genética sea la única responsable de su malestar porque su sufrimiento está surcado por acontecimientos reales en el plano de lo socio-cultural de su biografía. Se niega a circunscribir toda producción en el proceso posible de generación de bienestar a un atendimiento farmacológico seguido de ciertas prácticas asistencialistas, protocolorizadas en las que apenas hay lugar para su perspectiva sobre el proceso. Así, cuestionar las categorías y sus connotaciones sociales, cuestionar ciertas etiquetas y sus semánticas no implica necesariamente negar una dificultad, un dolor, una confusión o incluso la posibilidad de un tratamiento» (Correa Urquiza *et alii*: 1996).

María José, *nikosiana,* tiene hoy 27 años y una afición por disciplinas como la astrología y por lo que llama el *mundo de los espíritus*. Lleva una biografía muy ligada a lo que suele definirse como una visión *mágica* de los acontecimientos en la que las explicaciones *sobrenaturales* son las que le justifican el eje de su sufrimiento. María afirma que no está necesariamente loca o que, en todo caso, lo que los otros llaman *su* locura no es resultado de la genética, sino de que ella ha sido víctima de un «embrujo de un brujo malo, de un brujo negro que de alguna manera interceptó mi alma». Es un mal que fue proyectado sobre ella por un *chamán* oscuro, un individuo al que efectivamente estuvo vinculada en un determinado período de su vida. Las explicaciones y articulaciones consecuentes de María a su dolor forman parte de su capacidad y poder de autogestión de la problemática; la cuestión es que tal como son planteadas no entran en la lógica del modelo biomédico y son consideradas parte del síntoma. En 2008, después de salir de un ingreso se acercó a Nikosia. Estaba como desesperada y casi sin esperar su turno de palabra se abalanzó sobre el micrófono:

> Dejé de confiar en mi psiquiatra cuando entendí que él no confiaba en mí. Cuando entendí que me miraba como caso sin remedio. La última vez que ingresé con un *subidón* yo sabía que había un 10 por ciento de mí que estaba bien, había cosas de las que estaba segura en relación a mí a pesar de estar mal. Pero el psiquiatra no me creyó ni ese 10 ciento, no creyó en mí. Ahí él pasó a ser más un obstáculo que una persona en quien podría apoyarme para ponerme bien. Desde el momento en el que ingresé no hice más que ceder a sus demandas, cuando se suele decir que la recuperación vendrá de un trata-

> miento pautado, dialogado. Pues no, yo cedía y aceptaba lo que él me decía, y volvía a ceder, y volvía a ceder esperando que él, en algún, punto cediese también. Cuando ya me di cuenta de que él no iba a ceder ni un milímetro a lo que yo le decía que era mi visión de lo que me pasaba, entendí que no podía confiar en él. Me estaba imponiendo su manera de pensar, no intentando generar un acuerdo para que yo mejorara. Ese fue el tercer ingreso este año y si sigue así no voy a poder rehacer mi vida, porque cada vez es un volver a empezar y empiezo a cansarme de estar sola en todo ese proceso. Además, el muy creído me puso el sello de crónica cuando no se sabe nunca si seré crónica o no.

El 10 por ciento que menciona María estaba vinculado a la posibilidad de articular su propia explicación, *mágica* si se quiere, subjetiva, pero que, en todo caso, podría ayudarle a construir sentido alrededor de todo el acontecimiento y, por lo tanto, puesta en diálogo legítimo con las categorías expertas; quizás se transformase en una articulación generadora de salud. Pero no, existe, trayendo a Gramsci, un proceso de *des-historización* del sujeto de la locura que lleva a su consolidación de ser en tanto enfermo, de ser en tanto producto exclusivo de una alteración orgánica en términos biológicos. El loco es el «enfermo absoluto», el sujeto sin obra, el cuerpo de una identidad fosilizada y aislada de todo proceso temporal y cultural.

Saberes profanos

Nikosia, en su hacer colectivo, se fue construyendo casi en oposición a esa *deshistorización*. Hoy se desarrolla como territorio de legitimación de la historia y la narrativa individual y colectiva del grupo, como espacio de valoración de la subjetividad, de los saberes profanos que circulan desde los inicios. Es un dispositivo desde donde se habilita el diálogo sobre las categorías relativas a la locura, el cruce de la información, de las palabras y la relativización de los significados socialmente naturalizados. Es en cierta manera un lugar en donde acontece el rizoma, un dispositivo utilizado como máquina *para hacer ver y hacer hablar; un tejido de ovillos, ovillos de líneas quebradas y variables sometidas a una lógica previa de diferente naturaleza* (Deleuze, 73: 1990). Nikosia es un espacio que permite descalzar la etiqueta diagnóstica en tanto certeza, los conceptos más enraizados en el corpus simbólico del mundo de la locura. Un corpus que merece, al menos, ser puesto en cuestión aunque no sea más que con el objeto de habi-

litar el desencorsetamiento del individuo sobre quien recae. Toda noción que criminaliza, culpabiliza o incluso *enferma* la locura, queda aquí momentáneamente suspendida. Se produce, por así decirlo, una cierta mutación en el bosque interminable de las significaciones. A grandes rasgos podemos decir que es un contexto en cierta manera *liminal* en relación al saber/modelo dominante sobre la salud mental; es un límite habitable, en términos de Trias (Trias, 1999) que, dadas sus particularidades, permite una resignificación de las categorías establecidas. «La radio es el único lugar en donde no me siento enferma, me siento Dolors», suele decir Dolors, *nikosiana*. «Es que aquí somos como independientes de médicos, psiquiatras y familia; somos lo que queremos ser, más luchadores digo yo», afirmaba Irene, *nikosiana,* durante un programa en el 2007. Nikosia es una suerte de *plaza íntima* en donde sus transeúntes se refuerzan y articulan una nueva semántica que deriva en otras praxis. Es umbral y a la vez un espacio consolidado como reverso y eje de nuevas clasificaciones. Es el limbo para las categorías tradicionales del mundo de la problemática mental y, al mismo tiempo, el ojo de un huracán desde donde emergen nuevos significados y nuevos significantes para pensar la locura. Y ambas instancias, entrelazadas, viven retro-alimentándose.

A su manera la experiencia de Nikosia demuestra que el proceso de re-apropiación del lenguaje del que venimos hablando puede pensarse como probable si se procura desde territorios subvertidos[11], desde espacios que se estructuren más allá de la lógica biomédica, y promuevan una cierta flexibilidad para las identidades. Al mismo tiempo, cabría plantear que esta re-apropiación pasa en primer lugar por la recuperación de lo que en otros trabajos (Correa Urquiza, 2010) hemos denominado como la legitimidad del *saber profano*, de esas narrativas, esas subjetividades, esos saberes que existen y son activos y efectivos a pesar de ser constantemente negados, ocultados, desatendidos. Saberes que, a mi entender, son profanos, porque en su *insistencia* se constituyen como la dimensión *hereje* —en relación a ciertos modelos— que no ha dejado nunca de manifestarse a través de recorridos que podemos pensar como de *rebalsamiento* en relación al propio obstáculo teórico y práctico que se le ha impuesto históricamente. Es decir que son saberes que existen y han existido siempre, tanto en términos de reflexión teórica como de práctica efectiva en su desarro-

11 No exclusivamente. Hay otros factores que aquí no podemos analizar por carecer de espacio.

llo. Han funcionado en cierta manera bajo dinámicas de clandestinidad, ocultándose para *ser,* camuflándose de texturas socialmente aceptadas para lograr sobrevivir, «vistiéndose de normalidad para poder *estar* entre los otros», como contó Pau, *nikosiano*, durante una emisión en el 2004. Hablamos de saberes que podrían interpretarse como la *dimensión activa*, *inquieta*, quizás no necesariamente consciente, del *habitus* trabajado por Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1991), esto es lo producido por aquellos «condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia». Como afirma el autor, esto «no implica que las respuestas del *habitus* vayan acompañadas de un cálculo estratégico que trata de realizar conscientemente la operación que el *habitus* realiza de otro modo», sino que como «presencia activa de todo el pasado del que es producto» (1991: 98), *produce prácticas* que se articulan a la vez en calidad de corpus de conocimiento con posibilidades de *efectividad*. Un saber no necesariamente racionalizado o transformado en estrategia, aunque sí un saber específico que puede ser potencialmente estrategia. La idea de estigma, por ejemplo, bien puede ser una categoría abstracta, un objetivo a de-construir, el *target* de una campaña publicitaria digitada desde las esferas de las políticas de salud pública. No obstante, el sujeto que es foco de ese estigma es la materialización de un tipo de vivencia cotidiana, de realidad empírica que afecta; es un dolor omnipresente para el cual se diseñan constantemente estrategias de supervivencia. Una aflicción que es el resultado del propio accionar en la diferencia y de las percepciones sociales que el entorno tiene sobre esa diferencia. Todo ese *estar* genera *habitus* y define un *habitus* que es, a la vez, un saber posible que determina e implica actitudes que pueden pasar a legitimarse socialmente como herramientas con gran capacidad operativa en la búsqueda de un mejor estar.

Xavier y Dolors, *nikosianos,* son pareja desde hace 16 años y conviven desde hace 10. Ambos fueron diagnosticados con esquizofrenia y se conocieron compartiendo actividades en un Centro de Día del distrito de Nou Barris, en la ciudad de Barcelona. Desde los inicios de su relación sus respectivos psiquiatras y familias se oponían a la consolidación de la pareja. Según afirmaban, el problema radicaba en la posibilidad de dañarse mutuamente en los momentos críticos de la problemática. Pese a todo, Xavier y Dolors continuaron, confiaron en sus posibilidades y materializaron una experiencia que aún perdura. «Yo sé que el único que me entiende y me acepta tal como soy es Xavi», decía ella en una entrevista realizada para la revista *Magazine* del periódico *La Vanguardia* en agosto de 2008, «porque

él ha vivido prácticamente el mismo dolor que yo, los dos fuimos diagnosticados de esquizofrenia en su momento y los dos sufrimos entonces un rechazo frontal por parte de nuestras familias. Es la mayor suerte que nos hayamos tenido el uno al otro para sostenernos». Y Xavier agregaba: «En la locura hay angustia provocada por el trastorno y angustia provocada por la gente, por el entorno que te señala, te margina, te dificulta la vida por llevar la etiqueta; y para ese obstáculo que a veces nos ponen los otros, Dolors ha sido mi tabla de salvación».

Desde el Modelo Hegemónico, el tipo de articulaciones desarrolladas por Xavier y Dolors no suelen ser promovidas ni des-obstaculizadas; sin embargo, suceden más allá de él. Y es ahí, precisamente en ese *ser* y activarse a través de esa suerte de proceso de *rebalsamiento* que emergen sobre el obstáculo que los aprisiona, que se constituyen definitivamente en tanto *saberes profanos*.

A nuestro entender, el *saber profano* no puede pensarse en términos de verdadero o falso, no se constituye necesariamente como verdad o mentira, no lo es en sus dimensiones absolutas al menos. Sí es, en relación a un sentido propio, personal y subjetivo, y no puede medirse sino como realidad de sentido que a su vez se manifiesta en los aspectos simbólicos de construcción o interpretación de los acontecimientos que rodean al sujeto y en los aspectos prácticos/específicos en los que el mismo toma decisiones y actúa en relación a lo que cree/sabe/piensa conveniente para su mejor/estar. Por supuesto que ambos aspectos forman parte de una misma dimensión, son como dos caras de una misma moneda. Es decir, puede pensarse, por un lado, que existe un saber —profano— que es en tanto elaboración simbólica propia que contribuye en la construcción de sentido alrededor de un determinado acontecimiento o de una determinada realidad/contexto/universo/imaginario; y al mismo tiempo, por otro lado, existe un saber profano que se evidencia como práctica vinculada a la experiencia y al saber hacer en relación al propio sufrimiento o a la propia circunstancia compleja de existencia. A estas dos dimensiones nos es posible graficarlas con palabras de Alberto.

Él vive solo desde hace 23 años. Pasea al perro todas las tardes por el barrio de la Mina. Alberto le pone nombre a los pájaros que llegan a su ventana, tiene identificados a varios y sabe que vuelven, por eso los llama con nombre de piedra a los machos, y con nombres de minerales a las hembras. En julio del 2007 estuve de visita en su casa. Me mostró los rincones, las distintas habitaciones en las que guardaba sus colecciones de

pinzas, de objetos amarillos, de cartas del Tarot; me mostró también un mural en el que había pintado su carta astral con Nikosia en una de las esquinas. Me mostró el calentador de agua del lavabo; estaba roto y hacía cinco meses que se duchaba con agua fría. Cuando le pregunté por qué no lo arreglaba, me mostró un nido de pájaros que se había formado en la salida del aire del calentador hacia el exterior. «Es una familia —dijo— que se ha venido a vivir conmigo por que lo ha elegido y yo no puedo sacarlos de ahí». Alberto pasó varios meses duchándose con agua fría para no espantar a los pájaros.

Durante una charla dada por Nikosia en la Escuela de Verano de la Diputación de Barcelona él afirmaba lo siguiente:

> En mi modo de vida los animales pueden comunicarse conmigo. Y a mí me vale, los vínculos con los animales me sirven para protegerme. Para mi psiquiatra, lo bueno de pasear el perro es que doy una vuelta y me relaciono con los demás, que me aireo un poco. Pero para mí tiene otro significado que a él no se lo puedo contar, no lo entiende. Mi relación con los pájaros, los vínculos telepáticos de afecto y cariño con el mundo espiritual y natural que me rodea, con mis animales, con mi Hippi —su perro—, me protegen, me cuidan y me hacen vivir menos solo. Cuando salgo a pasear no salgo solo, salgo con ellos y en ellos y en el paseo entre todos compartido encuentro la felicidad.

En los últimos años ha habido instancias en las que los saberes expertos parecen aceptar la dimensión discursiva del sujeto del diagnóstico como parte del conocimiento generado alrededor de la problemática, pero esto sucede siempre y cuando dicha manifestación esté estrechamente vinculada a las estrategias preexistentes para gestionar la salud; siempre y cuando reproduzca las pautas dictadas por el modelo hegemónico y la burocracia farmacrática; siempre y cuando, en definitiva, se constituya como una reformulación *profana* de la dimensión *psi*, reafirme su decir desde la *dis-capacidad* y toda reivindicación esté orientada hacia la profundización de medidas ya planteadas por los sistemas expertos. Los esfuerzos se concentran hoy en la preparación de los afectados, en tanto expertos digitadores, gestionadores, de los recursos asistenciales del sistema sanitario, hay una tendencia a implicarlos como partícipes activos de las propias estrategias de salud diseñadas desde los modelos expertos, pero no en la creación y el diseño de esas estrategias sino en su aplicación y articulación. Sin embargo, ¿las consideraciones alrededor de los saberes de los afectados no deberían pasar por generar un nuevo marco de deliberación desde

donde puedan surgir nuevas demandas, nuevas propuestas para desarrollar los modelos de salud?

El límite habitable

Nikosia, como decíamos, es un límite habitable. Y esta idea de umbral ha de pensarse aquí como marco que posibilita simultáneamente dos instancias que se entrelazan y se impulsan mutuamente: se construyen, se legitiman y refuerzan. Por un lado, se da la suspensión de las categorías preexistentes, como ya afirmamos, y por otro, una consolidación de las nuevas significaciones posibles y de las prácticas que de estas puedan derivarse. Es decir, hablamos de la presencia de un fenómeno relativo a la experiencia en tanto posibilidad de cuestionar la semántica tradicional alrededor de la idea de locura, y otro vinculado a la posibilidad de la incorporación y consolidación de nuevas formas de significación que derivan de la reflexión de los propios participantes. O dicho de otro modo, el espacio de Radio Nikosia es una instancia donde se generan simultáneamente dos posiciones epistémicas y fenomenológicas: por un lado, se busca la posición del umbral, la liminalidad, de estar al lado, como instrumento que permite cancelar o suspender los sentidos previos alrededor de la locura, y al mismo tiempo funciona como disparador de la producción de nuevas significaciones que se articulan en tanto renovación de las anteriores y generan a su vez otras prácticas posibles. Siguiendo a Delgado, podríamos decir que es un lugar «donde ocurren las cosas, donde la hipervigilancia se debilita y se propician los desacatados y las revueltas» (Delgado, 1998: 114). «La palabra loca me gusta, es más como de calle, pero los titulitos que me ponen los psiquiatras son duros de tragar», continuaba Montse en un programa sobre diagnósticos.

Paulo Freyre afirmaba en su *Pedagogía del oprimido* (1970) que nadie libera a nadie, ni nadie se libera solo. Los hombres se liberan en comunión. Cuando él defiende en cierta manera su pedagogía asociada a la necesidad de que los sujetos se eduquen a sí mismos a partir de experiencias y situaciones de su cotidianidad, está hablando a la vez de esos mismos contextos de posibilidades en donde tiene lugar la liberación: espacios generadores de nuevas circunstancias emancipadoras, espacios físicos o simbólicos de reflexión y análisis conjunto en los cuales no existe un objetivo de adaptarse al entorno, sino el de intentar transformarlo para hacerlo más vivible,

amable, de alguna manera más propio y de todos. En nuestro caso, en Nikosia como geografía, la cuestión parece no tratarse de aprender a ser normal, sino debatir y exigir la posibilidad de que la propia diferencia sea parte del todo. «A mí no me interesa ser normal si ser normal es estar pegado a «Gran Hermano» 24 horas del día; lo que yo quiero es que me acepten tal como soy, con mis formas de ser», decía Cristina, *nikosiana*, durante un programa sobre la idea de estigma en el 2008. Para Freyre no debería hablarse de una pedagogía «para» sino «con» el oprimido. Es desde él, en diálogo con los otros, que pueden surgir las herramientas para su emancipación. Freyre (1970) menciona dos momentos necesarios para esa emancipación: un primero, ligado a la toma de conciencia, a la «concienciación» en relación a su situación de oprimido, excluido, apartado; y un segundo relativo a la puesta en práctica de las acciones necesarias para transformar esa situación. En Nikosia, en tanto ese *otro* contexto, ambos momentos pueden pensarse en coexistencia permanente, realimentándose, reforzándose para seguir afirmándose. Al mismo tiempo, la radio, como medio de comunicación, materializa la acción transformadora, la hace posible y la ubica en el todo social para que cuaje y se vuelva efectiva.

Freyre plantea que el ser oprimido, circunstancia que en el sujeto del diagnóstico se manifiesta de diversas maneras y en distintas intensidades, tiene en su liberación la posibilidad de recuperar una determinada fuerza para el diálogo. Así, es factible pensar que la construcción compartida que se establece a partir del diálogo entre los *nikosianos* entre sí, y entre ellos y su entorno, es en gran medida deudora del asumir los primeros un nuevo rol alejado de la concepción subestimada de enfermo mental. El hecho de llegar a des-enfermar la identidad, de pensarse desde un lugar diferente al del enfermo, se resuelve en la posibilidad de establecer verdaderamente un diálogo con los otros, con el otro, con el saber experto, con el familiar, con lo social en general. El tomar consciencia de su opresión desde una geografía determinada, desde una *plaza íntima*, el hecho de reinventar o hacerse dueño de aquellas categorías que han de definirlo, se manifiesta como el punto de partida para iniciar y activar ese diálogo. Freyre analiza en este sentido la importancia de la recuperación del lenguaje, de la apropiación del lenguaje por parte de los oprimidos como eje esencial para el establecimiento del diálogo. No puede haber diálogo entre un discurso que enuncia y receta y otro destinado a la escucha pasiva y a la aceptación de esas mismas semánticas y recetas. El diálogo nace cuando ambos interlocutores, asentados sobre similares plataformas de legitimación, se

aventuran a la posibilidad del intercambio verbal o gestual coordinados por una situación de respeto mutuo, complementariedad y licitud.

Quiero decir con esto para concluir que todo proceso de salud precisa —irremediablemente— del conjunto de aquellas miradas que lo analizan. No se trata aquí de defender el saber profano de la subjetividad afectada como el verdadero itinerario de sanación, nada más lejos, sino plantear el hecho de que es en la relación entre sujetos en principio externos a esa locura, o al menos externo al diagnóstico, y sujetos inmersos en ella y en las consecuencias sociales que se materializan en su entorno a partir de ella que puede surgir un tipo de transformación real. Tal como afirmaría Paulo Freyre, es dialéctica la cuestión. Es un ida y vuelta entre las diferentes perspectivas posibles. Pero esto, dadas las circunstancias, es solo factible en el caso de que existiera algún tipo de re-apropiación semántica por parte de los afectados. Nikosia parece insistir en este sentido

Bibliografía

Bourdieu P. (1991) *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus Ediciones.

Correa Urquiza, M. (2010) *La rebelión de los saberes profanos - Otras prácticas otros territorios para la locura*. Tesis Doctoral. Dpto. Antropología. URV. ISBN: 978-84-693-1537-8/DL: T-643-2010.

—; Silva, T.; Belloc, M.; Martínez Hernáez, A. (2006) «La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales». En *Revista Quaderns*, 22.

Deleuze, G. (1990) «¿Qué es un dispositivo?», en *Michel Foucault filósofo.* Barcelona: Gedisa.

Delgado, M. (1998) *Diversitat i integració,* Barcelona: Empúries.

Freyre, P. (1970) *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: SigloXXI.

Foucault, M. (2005) *El Poder Psiquiátrico*. Madrid: Akal.

Goffman, E. (1989) *El estigma. La identidad deteriorada,* Buenos Aires: Amorrortu.

Gondar, M; González, E. (1992) *Espiritados. Ensayos de Etnopsiquiatría galega*. Santiago de Compostela: Laiovento.

Martínez Hernáez, A. (2008) *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Menéndez, E. (1992) «Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales» (pp. 9–4).

Campos, R. (Comp.), en *La antropología médica en México,* Tomo 2, México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.

Trías, E. (1999) *La razón Fronteriza*. Barcelona: Ed Destino.

12. LA PALABRA COMO TERAPIA EN SALUD MENTAL: BLOGS, RADIO Y TALLERES DE CREACIÓN LITERARIA

Olga Real-Najarro, Ph.D
Centro de Estudios Asiáticos
Universidad Autónoma de Nuevo León, México
Consejería de Educación de Madrid
olgarealn@yahoo.com.mx

A los hijos metafóricos de la Luna.
A ellos, que quedaron suspendidos en un ápice de luz.
Gracias por estar[1]

La salud mental, los elementos que la propician y los medios para curar y paliar su ausencia siguen ofreciendo múltiples interrogantes. Teorías sociales y culturales proponen diferentes planteamientos. En un mundo donde creemos tener el control de la naturaleza, la mente y el espíritu escapan, aún, a nuestro dominio. No existe, todavía, un método que protagonice de manera exclusiva y concluyente la curación ante la ausencia de salud mental. En nuestro artículo reflexionaremos acerca del papel que blogs, talleres de radio y creación literaria tienen como prácticas y experiencias actuales que utilizan la palabra como medio de retorno a la cordura. Prácticas que encuentran un antecedente ilustrado y revelador en la literatura como expresión de comportamientos y estados del ánimo que manifiestan diferentes niveles de ausencia de salud mental.

Hemos de precisar, asimismo, que el hecho de referirnos, en primer lugar, al concepto de salud mental y no al de enfermedad mental responde a un planteamiento optimista que confía en la capacidad de perfectibilidad y transformación de la persona, su vida y la del entorno circundante. Salud y enfermedad son dos conceptos que se sitúan en los límites de una misma realidad: como ya demuestran diferentes estudios y posicio-

1 Palabras de Carmen Najarro Gutiérrez, responsable del Taller de Creación Literaria de la Asociación Salud y Alternativas de Vida (ASAV) de Leganés.

namientos teóricos, la alusión o el énfasis que otorgamos a uno u otro concepto dependen de la postura que adoptamos hacia la realidad. En definitiva, todos estamos algo sanos y algo enfermos dependiendo de dónde situemos el parámetro de referencia. En este sentido, Don Quijote es, posiblemente, el personaje por antonomasia que plantea los conceptos de sabiduría y locura como dos extremos del mismo *continuum*.

En segundo lugar, hablamos de salud como un estado que no plantea la ausencia de enfermedad, sino, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), de un cierto grado de bienestar físico, emocional, mental y, añadiríamos, espiritual, asumiendo que el ser humano no ha llegado aún a lo que Sri Aurobindo denomina *ser gnóstico*, aquella persona cuyo bienestar máximo se fundamenta en su desarrollo como persona y en el ofrecimiento de ese desarrollo para el beneficio y bienestar de la sociedad (Sri Aurobindo, 1949). De acuerdo con este planteamiento existencial, el más sano no sería solo aquel que goza de un cierto grado de bienestar en los diferentes niveles de existencia física, vital, mental y espiritual, sino aquella persona cuyo bienestar y evolución de conciencia están, además, al servicio de los demás. De alguna manera, estaremos aludiendo a un planteamiento de salud social proactivo que integra la diferencia y va más allá de modelos socio-sanitario-culturales que únicamente admiten un referente clonificado de lo que se considera como normalidad. En este sentido, la salud mental y todos aquellos que se ven privados en mayor o menor medida de ella, siendo señalados como diferentes y no siempre aceptados e integrados en su diferencia, plantean un claro reto y un termómetro del nivel de avance social y humano del entorno donde se encuentran.

Salud, enfermedad mental y sociedad

Las enfermedades mentales siguen implicando, aún hoy en día, un funcionamiento social disminuido. Es decir, con la excepción de significativos casos —Daniel Paul Schreber, Antonio Ramos, Arnhild Lauveng, entre otros—, la mayor parte de las personas que padecen una enfermedad mental manifiestan claras dificultades para proporcionar información acerca de su situación (Real Najarro, 2010). Una situación que se complica si consideramos que, hasta no hace mucho, las enfermedades mentales eran difíciles de detectar y de comprender. Este escenario ha ido cambiando

con el paulatino reconocimiento de los diferentes tipos de enfermedad mental, el aumento de los casos detectados y la creación de descripciones modernas basadas en la investigación médica de los últimos 200 años (Breathnach y Frias, 2009). La puesta en marcha de blogs y talleres de radio y creación literaria por parte de las asociaciones de familiares y usuarios con problemas de salud mental, y la publicación de memorias y diarios por parte de los propios usuarios está ayudando, asimismo, a revertir esta situación de desconocimiento. La comunicación de la vivencia de aquellas personas que padecen algún tipo de enfermedad mental está contribuyendo a propiciar un lento pero constante cambio de perspectiva e interés de la sociedad respecto a la salud y la enfermedad mental. Dicho interés no nos sorprenderá, por otra parte, si consideramos que uno de cada cuatro habitantes del planeta es o será afectado por algún tipo de enfermedad mental y que la depresión será la segunda causa de muerte para el año 2020 (Rueda López, 2010).

El interés, aún insuficiente, hacia la salud y la enfermedad mental se refleja, asimismo, en la evolución de las etiquetas utilizadas para referirse a las enfermedades mentales. Hace tan solo un siglo no existían términos como «problemas de salud mental», si bien se mostraba un claro interés por el funcionamiento de la mente y el ser interior de la persona, y se exploraban sentimientos que iban más allá del espacio y el tiempo como la tristeza, el dolor y su superación. Hoy en día, existen éxitos literarios que abordan la compleja experiencia de la enfermedad mental como *Human Traces,* de Sebastián Faulks (Faulks, 2005), o *Las Voces del Laberinto* de Ricard Ruiz Garzón (Garzón, 2007), y se está empezando a investigar en áreas particulares de la enfermedad mental, como el autismo en la obra *The Curious Incident of the Dog in the Night-Time* de Mark Haddon (Haddon, 2003). Todas estas obras reflejan los cambios lentos, pero paulatinos, que se están produciendo en la sociedad en su acercamiento hacia la salud y la enfermedad mental.

Blogs, talleres de radio y creación literaria

La actividad desarrollada en los blogs y los talleres nos permite acercarnos, de primera mano, a la experiencia de la enfermedad mental y su evolución hacia diferentes estadios de salud, ofreciendo una representación veraz de las enfermedades mentales con la intención de transcender los

estereotipos que ofrecen las series de televisión y las noticias amarillistas. La participación y la transcripción de la voz de los usuarios de los servicios de salud mental permiten desmontar los constructos inventados, la visión morbosa y distorsionada de la enfermedad.

Mediante el uso de un blog, es decir, de un espacio constituido por textos o entradas ordenado cronológicamente, cuyos contenidos se actualizan con la intención de aprovechar las capacidades colaborativas de Internet, usuarios y *blogueros* comparten experiencias, concuerdan con los planteamientos expuestos, muestran disconformidad y complementan la información presentada. La estructura de trabajo de los blogs creados por asociaciones o usuarios interesados en la salud mental es la misma que la de cualquier blog: su éxito o fracaso reside en la posibilidad de alentar la participación y aceptar críticas, reafirmando la posición colaborativa y la posibilidad de construir una comunidad de ideas en pos de la salud mental. El blog es un medio más para evitar el aislacionismo y potenciar la comunicación desde una plataforma virtual.

Si tuviéramos que destacar dos ejemplos de los varios que están poblando la red, mencionaríamos el blog-foro de la Asociación de Salud y Alternativas de Vida[2], asociación que pertenece a la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Su misión, la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, y la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo están presentes en el espíritu de los blogs, así como del taller de radio y el de creación literaria que mencionaremos más tarde; el blog es joven, pero ya empieza a despertar el interés de los usuarios y demás personas involucradas. Mencionaríamos, además, el blog de la Asociación Tinerfeña de Salud Mental[3], cuyo sugerente título, «Saltando Muros», explicita, claramente, el objetivo de los blogs del movimiento asociativo pro-salud mental: saltar el muro que separa a usuarios de otros miembros de la comunidad. Los blogs nos permiten acceder, asimismo, a una interesante variedad de enlaces relacionados con la salud mental, como la página de enlace directo con la entrevista a Arnhild Lauveng, autora de *El país de los bosques de hierro* (Lauveng, 2010), publicada por la revista *Encuentro* de FEAFES (FEAFES, 2010).

2 Asociación de familiares y personas con problemas de salud mental en Leganés / Fuenlabrada. Disponible en: <http://asav.org.es>.

3 Blog «Saltando muros». Disponible en: <http://blogsaludmentaltenerife.blogspot.com>.

Hemos destacado los blogs de estas dos asociaciones porque nos permiten acercarnos al tipo de labor realizada y el alcance de la influencia ejercida en el área de la salud mental y en sus protagonistas; ayudan a numerosas personas, a pesar de la escasez de las ayudas recibidas. Nos preguntamos si el alcance de su labor no sería aún más significativo si contaran con un mayor apoyo de las administraciones y las fundaciones que destinan parte de su presupuesto a diferentes áreas sociales, y que no siempre apuestan por la salud mental como área de inversión. De igual modo, nos preguntamos si a la hora de distribuir las subvenciones, no sería apropiado revisar la acción realizada por las asociaciones a las que se apoya antes de retirar o disminuir drásticamente los apoyos concedidos a asociaciones que, en muchos casos, complementan las acciones de la administración o palian su falta de acción en algún área. La disminución de las ayudas implica que muchas veces deban abandonarse proyectos terapéuticos únicos, cuya ausencia no solo afecta laboralmente al profesional, sino terapéuticamente al usuario.

Por su parte, los talleres de radio plantean una actividad de terapia ocupacional interactiva que mezcla lo presencial con lo virtual. Estas iniciativas ya no son solo desarrolladas en los talleres ocupacionales de los Centros de Día, sino que son potenciadas por las asociaciones de familiares y usuarios. Generalmente, los talleres de radio emiten una programación que se ha grabado previamente y se escucha *on-line* en la web del colectivo, o en emisoras locales o nacionales. Los programas constan de contenidos variados, como entrevistas o piezas de radio-teatro, y son supervisados por los propios usuarios, voluntarios o personal técnico de las asociaciones. Tal vez las contribuciones más significativas sean las de las experiencias transmitidas por parte de los usuarios, profesionales, voluntarios, familiares y cuidadores con relación, entre otros, a la salud y la enfermedad mental.

La participación de los usuarios en este tipo de actividad es entusiasta. Radio La Colifata[4] es uno de los claros ejemplos que no solo ha tenido éxito internacional, sino que ha servido como elemento de impulso para llevar al aire iniciativas similares: Radio Nikosia[5]*)* en Barcelona; más recientemente, «La hora de la verdad» de la Asociación Salud y Alterna-

4 Radio La Colifata. Disponible en: <www.lacolifata.org>.

5 Radio Nikosia. Disponible en: <www.radionikosia.org>.

tivas de Vida de Leganés[6]); el «Taller de radio onda Morea», de la asociación Morea en Verín[7]; «Radio Coliflor»[8] de la Asociación de Defensores de Eivissa y Formentera de la Salud Mental[9], que emitió su programación en la emisora de Onda Cero durante 15 minutos y desde el 3 de agosto del 2010, y cruzando océanos, podemos señalar la iniciativa «Radio Abierta»[10] de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), un proyecto radiofónico de solidaridad social desarrollado por profesores-investigadores y estudiantes de dicha universidad desde el año 2008.

La elaboración de los talleres de radio conlleva diversas bondades terapéuticas: la mejora de la sintomatología negativa como la abulia, la apatía, la pobreza de lenguaje y los déficits de atención son contrarrestados mediante el trabajo con aspectos de rehabilitación cognitiva como la memoria, la atención, la concentración, la lectura, el análisis y todos los diferentes aspectos que implica la preparación de un guion. Otros aspectos a destacar en la realización del programa son el desarrollo de las habilidades sociales entre los participantes y entrevistados, la comunicación verbal y los elementos que implica, como por ejemplo el ritmo, la entonación y el establecimiento del volumen de voz adecuado (Prieto, 2009).

Posiblemente, la experiencia más intimista y entrañable se realice en los talleres de creación literaria como el que se desarrolla los lunes en la Asociación de Salud y Alternativas de Vida de Leganés. Sabemos que el aprendizaje de la escritura es un trabajo arduo que requiere disciplina, paciencia y una reflexión permanente sobre los más diversos aspectos que involucra el proceso creador. Si a la dificultad del aprendizaje de técnicas narrativas añadimos la complejidad de expresar diferentes reflexiones acerca de la enfermedad mental, que sale a colación independientemente de los temas propuestos, nos daremos cuenta de la riqueza y el carácter excepcional del trabajo realizado en este taller. La enfermedad mental y su repercusión en diferentes aspectos de la vida como el amor, el sexo, el trabajo, el mantenimiento y la pérdida de las amistades, y la adaptación a la vida social y laboral están presentes en gran parte de las sesiones. La par-

6 Eco Leganés. Disponible en: <www.ecoleganes.org>.

7 A.F.E.M. Morea. Disponible en: <www.morea.org>.

8 Radio Coliflor. Disponible en: <www.radiocoliflor.blogspot.com>.

9 Asociación de Defensores de Eivissa y Formentera de la Salud Mental. Disponible en: <www.deforsam.org>.

10 Radio abierta. Disponible en: <www.radioabierta.webs.com>.

ticipación en estos talleres está abierta tanto a los usuarios que tienen una arraigada costumbre de escribir como a las que no. La página en blanco se convierte en una de las principales aliadas de la persona en su camino hacia el reencuentro, el descubrimiento, la recomposición del yo, la posibilidad de vivir nuevos estadios conscientes de salud mental. La dinámica de estas sesiones consiste, básicamente, en establecer un trabajo en grupo a partir de propuestas y materiales diversos que potencien la escritura creativa. El objetivo es recordar, traer a la superficie habilidades olvidadas, conseguir, incluso, que la escritura se convierta en algo cotidiano, en una aliada donde depositar inquietudes y esperanza.

Los talleres de creación literaria, al igual que las actividades realizadas mediante blogs y talleres de radio, son un espacio de intercambio, una actividad viva cuyo éxito depende, en gran parte, de la implicación de sus participantes. Más allá de las intervenciones de los profesores-monitores-voluntarios, tiene una importancia vital la opinión de los demás compañeros de grupo. Analizar y expresar los motivos que hacen que guste o no la aportación de un compañero obliga a realizar un esfuerzo de reflexión que incide directamente en la evolución de la persona y en el desarrollo de las habilidades sociales: el respeto hacia las opiniones ajenas o la comprensión hacia el estado de los compañeros son algunos de los aspectos que pasan a ser fundamentales en el aprendizaje.

La cualidad terapéutica de los talleres parte, precisamente, del respeto por la singularidad de cada persona, el desarrollo de la capacidad de escucha, el humor, la imaginación y, en definitiva, el impulso de sus diversas capacidades. Pero estas actividades se vuelven más significativas aún si consideramos que el principal objeto de reflexión sigue siendo, como decíamos, la enfermedad y la salud mental, y los diferentes aspectos que inciden en su ausencia o mejoría, respectivamente. A través de estas actividades, la persona toma un papel activo sobre su salud, ya no es el objeto que se analiza y del que se habla, sino un sujeto dando voz a su propio estado. Se aprende a reconocer inquietudes, a analizar sueños y pensamientos, a nombrar las emociones. Los talleres constituyen, así, una vía de escape ante la ansiedad, la depresión, las fobias, la inseguridad, los conflictos internos. Es necesario destacar, aquí, el papel que iniciativas como el Premio Literario Alto Guadalquivir de la Asociación de Enfermos Mentales Alto del Guadalquivir (A.E.M.A.G.) o el premio Miradas de la Fundación Manantial tienen como acciones que dan voz y premian la creación artística de personas que padecen alguna enfermedad mental o están relacionadas

con la enfermedades de ese tipo. Las acciones de los talleres ven reflejadas sus inquietudes en las creaciones de autores como Antonio Ramos, premio Miradas 2008, Arnhild Lauveng y Ricard Ruíz Garzón. En el caso de los dos primeros, estamos accediendo a los escritos de personas que padecen o han padecido la enfermedad mental y que cuentan el camino recorrido hacia la frontera de la salud. En el caso de Ruíz Garzón, nos hallamos ante un espectador que relata diferentes estados de ausencia de salud mental, una transcripción que nos ayuda, como audiencia, a entender la experiencia de quienes se esfuerzan, día a día, para acercarse a lo que se denomina como realidad.

Blogs y talleres buscan paliar el hecho de que, aún hoy, para muchos, la enfermedad mental sigue siendo una mordaza que deja sin palabras en un sistema que no siempre escucha la voz de la persona que padece una enfermedad mental, una voz que no siempre emerge, bien porque no se puede articular, bien porque no se puede hacer uso de ella. Nos preguntamos si la importancia del paciente sigue siendo cuestionada. Lo cierto es que, desde la enfermedad, se dificulta el acercamiento y la comunicación de lo que se siente, así como llegar a los niveles de exigencia social impuestos, algo que nos haría plantearnos si un tipo diferente de sociedad es posible y deseable. La atención médico-social y el respeto a la persona son derechos indispensables para facilitar el acceso a condiciones de vida saludables. No obstante, los obstáculos en el camino hacia la salud se acrecientan cuando no existen voces que ejerzan ese derecho, voces que apenas se escuchan aunque los gritos se multipliquen por miles (Real Najarro, 2007). No deja de ser irónico que en enfermedades donde las voces son omnipresentes la propia voz adquiera tan poco peso, tan poca presencia a la hora de clamar y reclamar los propios derechos.

La sociedad necesita hacerse eco de los seres que la constituyen para progresar. Una sociedad que no escucha la voz de sus ciudadanos está abocada a fracasar: si la persona se rompe por dentro y la sociedad no responde es un indicio de que los valores en los que se sustenta están vacíos o son equívocos. Quizá, la próxima vez que decidamos denominar «loco» o «chalado» a alguien debamos cuestionarnos si esa persona habrá sido sensible a los desajustes que otros no contemplaron, o si la persona no tuvo la capacidad para superar esos desajustes. Tal vez debiéramos estar más atentos a los gritos de las miradas, y trabajar en el presente para que el mañana se ría de la lentitud del pasado.

Ahora recapitulemos: En los talleres se produce una constante reflexión acerca del área de la salud mental, el concepto de locura y enfermedad, el diagnóstico, la medicación, los problemas de la vida. Como ya hemos comentado, el ambiente de los talleres facilita la confesión de los sueños y las esperanzas, los temores, la manifestación de la experiencia personal, la opinión hacia los espacios médicamente demarcados y el uso de la medicación. Desde los talleres se propone ir más allá de la *patologización* de la vida cotidiana, como ya nos recuerda la propuesta de Héctor González Pardo y Marino Pérez Álvarez en *La invención de los trastornos mentales* (González Pardo, Pérez Álvarez, 2008), potenciando la posibilidad de influir en el estado de enfermedad y de reconstruir la propia vida de acuerdo con el conocimiento que se tenga de la enfermedad. Como ya mencionábamos, a través de los talleres, las personas con enfermedad mental ya no adoptan el papel pasivo de paciente, sino que forman parte activa en su proceso de curación, tal y como plantea el paradigma de la recuperación (González Álvarez, 2011). Se replantea la noción de enfermedad y las maneras que tienen las personas de tratar con ella. Se permite, en definitiva, asumir la posibilidad de expresión del propio estado y visualizar el proceso de recuperación, evidenciando que la medicación ya no es la única solución al problema. La interacción establecida en los talleres hace llegar a reflexiones comunes, como la necesidad de un enfoque holístico e integral que ayude a curar y paliar los efectos de la enfermedad y recorrer el camino hacia la salud mental. Todos tenemos un papel preponderante en nuestro bienestar y en el bienestar de las personas que nos rodean. Todos tenemos algo importante que aportar. La salud mental ha de entenderse como un concepto integral intrínsecamente relacionado con el bienestar del ser humano, su cuerpo, sus emociones, su mente, su espíritu y las diferentes inteligencias (Gardner, 1983) que nos conforman.

De asociaciones, profesionales y voluntarios: Los protagonistas

Uno de los principales logros de los talleres es el establecimiento de un vínculo entre los diferentes actores de la salud mental. Los protagonistas de estos talleres son los usuarios, los cuidadores, las familias y los voluntarios que se unen a otros profesionales como miembros activos que constituyen una nueva fuerza, una nueva voz. En su papel de actores de la

salud mental, hacen extensivos sus saberes y experiencias, dan voz a sus sueños, necesidades y reivindicaciones, y actúan como grupo de presión que intenta promover una política de mejora de la salud mental. Las asociaciones buscan crear espacios de inclusión que ayuden a restablecer el vínculo social de las personas que padecen algún problema de enfermedad mental, colaborando en la consecución de una mejor calidad de vida de los usuarios. Las asociaciones de familiares y usuarios, sus voluntarios y profesionales ayudan a realizar un profundo cambio en la situación marginal en la que vive, en ocasiones, la persona que padece una enfermedad mental, estableciendo un abordaje terapéutico y aportando, desde los talleres, nuevos conocimientos y estrategias para mejorar la vida.

En las diferentes actividades llevadas a cabo en las asociaciones se comparten las preocupaciones de los usuarios y las familias, los cuidadores, sus necesidades, sus expectativas, sus recursos para afrontar y trabajar en pos de la salud mental. La labor de una asociación expone claramente la relevancia de lo que podríamos definir como *familia extendida*, es decir, el papel de todas aquellas personas que conforman la red social que facilita la existencia de la persona que padece una enfermedad mental y la vida de los que le rodean. Se establece, asimismo, una red de concienciación social donde la persona desarrolla su conciencia de responsabilidad como ser individual y social, su responsabilidad para mejorar su vida individual y la vida colectiva, acercándose al concepto de ser gnóstico señalado al principio, a la idea de una salud y bienestar personal al servicio de la sociedad y viceversa. Las palabras del filósofo Eduardo Pérez de Carrera ilustran, también, esta idea: «Cuando el hombre busca con sosiego ampliar la consciencia, reconocerse en su provisionalidad, está borrando la deuda con el mundo y buscando la alianza entre biología, voluntad, conciencia y destino; ni se huye de la vida ni se intenta detenerla, y desaparece la necesidad de ser admirado, de ejercer poder y prestigio» (Pérez de Carrera, 2004: 156).

Retomando la reflexión del filósofo, diríamos que desde la acción de las asociaciones se transciende la relación de poder y prestigio establecida entre profesional y usuario, así como la respectiva posición de sujeto y objeto en la que se han hallado tradicionalmente. Se posibilita, asimismo, una nueva forma de afrontar el conocimiento del otro donde el otro es escuchado y entendido desde su biología, su voluntad, su conciencia, su estado y, por qué no, su destino. Un destino al que todos queremos añadir la felicidad como compañera de viaje. No obstante, como ya comentábamos,

la intensidad y área de acción de estas entidades se ven gravemente afectadas ante la drástica disminución de fondos y subvenciones. Es necesario recordar, una vez más, la labor de asociaciones como ASAV, una labor que disminuye o queda en el vacío si no se cuenta con los apoyos necesarios. Como decíamos, sin recursos financieros, no solo los profesionales se ven desprovistos de su labor profesional, sino que los usuarios dejan de disfrutar de una exitosa labor de rehabilitación terapéutica. Tal vez sea necesario reflexionar acerca del alcance humano de la acción de las asociaciones y la factibilidad de que su labor sea sustentada, únicamente, con el trabajo de voluntarios, sin el apoyo económico que permitiría la contratación de otros profesionales y la realización de proyectos que cubren áreas no siempre desarrolladas plenamente por la administración.

Talleres, estigma y medios de comunicación

Una de las actividades más relevantes realizadas desde los talleres es la lucha contra el estigma. Este es, sin duda, uno de los principales obstáculos a los que se enfrenta la persona que padece una enfermedad mental, un escollo que dificulta la búsqueda de ayuda, reduce el acceso al tratamiento y favorece la discriminación. Sin embargo, como ya hemos mencionado anteriormente, 1 de cada 4 personas tiene o tendrá una enfermedad mental a lo largo de su vida (FEAFES, 2010), enfermedad que podría ser tratada con éxito si se accediera de manera temprana al tratamiento y se prosiguiera con los diferentes estadios necesarios para la recuperación, estadios a los que no se accede por falta de conocimiento, sino de una adecuada organización de los recursos económicos.

En los talleres se establece un entorno donde la convivencia es amable y desestigmatizante, con un sentido profundo de inclusión, de aprecio a la diferencia y un posicionamiento legitimador de la otredad. En los blogs y los talleres se hace explícita la lucha contra la estigmatización que tanto dificulta el proceso de recuperación. Asimismo, se insiste en el papel de los medios de comunicación para educar, dar a conocer y evitar la difusión de una imagen morbosa, distorsionada y poco fidedigna de las personas que padecen alguna enfermedad mental. En este sentido, y de manera tal vez más humilde, los blogs, los programas de radio de las asociaciones pro salud mental y los textos que se publican o se hacen conocer desde los talleres de creación literaria ayudan a contrarrestar estereotipos ne-

gativos como la supuesta agresividad o peligrosidad de las personas que sufren una enfermedad mental. Tal vez sea necesario recordar que existe un considerable porcentaje de la población, es decir, de nosotros mismos o de un ser allegado, que sufre o sufrirá enfermedades como el alzhéimer o la depresión, entre otros muchos. Si los medios de comunicación transmitieran esa información, la persona con enfermedad mental comenzaría a percibirse como lo que es: una persona que padece una enfermedad.

Para contribuir a la labor de los medios de comunicación y encontrar formas de alusión y comunicación de los hechos realizados por una persona que padece enfermedad mental, el movimiento asociativo se ha ocupado no sólo de dar la palabra a la persona que padece la enfermedad, sino de modificar las palabras con las que se alude a las personas que sufren una enfermedad mental. Gracias a la colaboración de profesionales de la comunicación, de las asociaciones nacionales e internacionales de familiares y personas con enfermedad mental, y de expertos en salud mental se ha creado una *Guía de Estilo* internacional que ofrece orientaciones acerca de cómo abordar el tema de la salud y la enfermedad mental en los medios de comunicación. Dicha guía permite, además, recopilar información acerca de los diversos acontecimientos donde se alude a la persona o a la enfermedad mental en un formato centralizado y multilingüe (FEAFES, 2008).

Eliminar la estigmatización hacia la enfermedad mental y modificar el uso de la palabra y la actitud con la que aludimos a la persona que sufre la enfermedad es una responsabilidad de todos. Hemos de recordar que ya es difícil llegar a la aceptación de que se padece una enfermedad mental y que esta dificultad se incrementa si consideramos el miedo a la estigmatización de aquellas personas que recurren a psicólogos o psiquiatras u otro medio de apoyo, como la asistencia a una asociación, medio que dificulta la posibilidad de buscar ayuda e iniciar una terapia.

La enfermedad mental es padecida por personas de cualquier posición socioeconómica, edad y nivel educativo, y puede llegar a incapacitar. La creación de blogs, talleres de radio y creación literaria es una de las medidas adoptadas por las asociaciones de familiares y usuarios en la lucha contra el estigma que limita los derechos y las posibilidades de recuperación. Como decíamos, el objetivo es dar la palabra a quien no la tiene y crear un punto de encuentro entre usuarios, sus familias, los profesionales y la sociedad, «Saltar el muro invisible que separa a la persona que padece una enfermedad mental, escuchar su voz, y que escuche

la voz de quienes le rodean» tal y como señala ATELSAM, la Asociación Tinerfeña de Lucha por la Salud Mental. Para saltar ese muro es esencial, asimismo, potenciar la cultura médica de la sociedad, la sensibilización de la población y el desarrollo de prácticas clínicas abiertas a la integración de nuevas propuestas.

Los blogs, los talleres de radio y de creación literaria van dirigidos a la sociedad: los mensajes enviados confrontan las creencias establecidas y ayudan a que las personas con enfermedad mental sean aceptadas, asumiéndose, asimismo, la posibilidad de curación. La expresión de la vivencia personal es un ejercicio de responsabilidad hacia uno mismo y hacia la sociedad. Con cada escrito, con cada palabra que se comunica se le gana un espacio a la enfermedad, se celebra el encuentro con el propio yo consciente y con el otro que escucha y comparte la experiencia narrada. El éxito de estos talleres revela que existe un gran entusiasmo por recuperar terreno a la enfermedad. En los talleres las relaciones son intensas y se produce un sentido de adicción a la necesidad de escuchar y ser escuchado, de compartir, de empatizar de manera compasiva con el otro que se ha sentido, en ocasiones, como uno mismo.

A través del uso de radio, blogs y talleres de creación literaria las fronteras se acercan. Encontramos objetivos afines en asociaciones internacionales como EUFAMI[11] —la Federación Europea de Familias de Personas con Trastornos Mentales, o GAMIAN[12], la Alianza Mundial de Redes de Defensa de Enfermos Mentales-Europa entre otras asociaciones: el deseo de una mayor concienciación social con relación a la enfermedad y la salud mental, la lucha contra el estigma, la necesidad de mayor investigación en el área, una legislación más ecuánime, y un uso del lenguaje más consciente y sensible en la esfera cotidiana, especialmente en los medios de comunicación. Asimismo, desde las asociaciones se reivindica la necesidad de trabajar de manera más estrecha con el mundo educativo y establecer actividades de conocimiento, prevención y sensibilización, como las desarrolladas en centros de educación primaria en países como Malta o la perspectiva establecida por el programa *Mentalízate*[13] que se centra en la

11 European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. Disponible en: <www.eufami.org>.

12 GAMIAN. Disponible en: <www.gamian.eu>.

13 Web del programa Mentalízate. Disponible en: <www.mentalizate.info>.

formación y concienciación de estudiantes entre 14 y 20 años, aproximadamente. El objetivo es prevenir, en definitiva, *conocer para saber actuar*.

El camino de regreso a la cordura

Blogs, talleres de radio y creación literaria dan voz a personas cuyas vidas y experiencias atraviesan los límites de la sociedad. Como bien ilustró André Breton, las contribuciones se hacen desde situaciones personales excepcionales, textos que surgen desde el interior. Dichas contribuciones se acercan a lo que el pintor Jean Dubuffet denominó *Art brut* en los años cuarenta del siglo XX. No obstante, a diferencia de ese movimiento y más en consonancia con lo que sería la pintura *naife*, los participantes de los talleres sí buscan la comunicación, la circulación y el reconocimiento con el público. Siguiendo a Michel Foucault, no ser ya aquello que la sociedad desplaza hacia sus márgenes (Foucault, 1965; 1977).

Los usos terminológicos, como señalábamos en un inicio, revelan una trama socio-sanitario-cultural que está en continua redefinición, un síntoma de las diferentes actitudes y reglas que cada etapa histórica establece ante manifestaciones culturales, personales y sociales. Son reflejos de cómo la sociedad establece sus centros y el tipo de diálogo establecido con los márgenes. El objetivo, hoy en día, es alejarse del concepto de locura catalogada como riesgo social que debe ser anulado y, para ello, encontramos varios ejemplos que demuestran que el camino de retorno a la cordura y a la sociedad es posible. *Diario de una enfermedad mental (esquizofrenia)* de Antonio Ramos (Ramos Bernal, 2007), Premio Miradas 2008, es una publicación narrada por una persona que padece la enfermedad y en la que se explica en qué consiste la enfermedad. El *Diario* evoca, en gran medida, el sentir de aquellas personas que recuperan su voz mediante los talleres de creación literaria, blogs o programas de radio. En el *Diario*, el autor describe, entre otros, el desconocimiento, la falta de comprensión de los síntomas y el carácter erróneo de mucha de la información existente. El autor señala que la sociedad obvia, asimismo, el hecho de que la enfermedad puede remitir y de que se puede llegar a llevar una vida relativamente autónoma con el tratamiento adecuado. Pero el principal objetivo del *Diario* queda reflejado en las palabras del autor: «Para ayudar no hay que olvidar. La solidaridad no se torna en una elección sino en una necesidad» (Ramos Bernal, 2007).

Por su parte, *Las voces del laberinto,* de Ricard Ruiz Garzón (Ruiz Garzón, 2007), subtitulado «Historias reales sobre la esquizofrenia», evoca la realidad vivida en los talleres de creación literaria. Es un texto que describe historias testimoniales sobre la esquizofrenia y que no pretende ser un informe ni un tratado psiquiátrico, ni siquiera un manual de autoayuda, sino una transcripción que ayude a comprender qué es y de qué distintos modelos se manifiesta esa enfermedad relativamente desconocida aún hoy en día, llamada esquizofrenia. Como diría Oliver Sacks: «Para situar de nuevo en el centro al sujeto, al ser humano que lucha y padece, hemos de profundizar en su historial clínico hasta hacerlo narración o cuento» (Sacks, 1995).

El país de los bosques de hierro de Arnhild Lauveng (Lauveng, 2010) es un libro a medio camino entre el relato biográfico y la narración divulgativa. La autora insiste, desde su experiencia, en la posibilidad de influir en el sistema y el deber de contar otra historia, la historia de quien padece la enfermedad. El libro revela su faceta como persona que ha experimentado la enfermedad y su recuperación, y como psicóloga que conoce investigaciones que demuestran la posibilidad de mejorar o de recuperarse de trastornos mentales severos. La autora insiste en la importancia de «tratar a las personas con respeto, darles información suficiente, ser amable, fortalecer el poder de su "yo", su autonomía e identidad». Al igual que Antonio Ramos, manifiesta su deseo de «querer transmitir este conocimiento a todos aquellos que están afectados por esta enfermedad, a sus familiares y a quienes los tratan, ya que ellos también necesitan un poco de esperanza y aliento, y sobre todo fe en que lo que hacen realmente ¡es muy importante!» (Lauveng, 2010).

Arnhild señala, asimismo, algo que está muy presente en los talleres y en las asociaciones de familiares y usuarios, la importancia de la familia y los amigos «[…] más aún cuando estamos enfermos o sufriendo» (Lauveng, 2010). Señala la importancia de una característica básica de los talleres, «El hecho de que alguien te conozca, sepa quién eres, no como paciente ni como diagnóstico sino como ser humano, que sepa lo que te gusta, te quiera, quiera estar contigo por tu propio bien y no como parte de un trabajo, que te incluya dentro de un grupo o comunidad, que realice actividades contigo, que te recuerde, es crucial para todos nosotros, y especialmente cuando tenemos dificultades». La inseguridad, la baja autoestima, la dificultad para «conseguir» contacto social son las características señaladas por Arnhild de aquellas personas que «han perdido el contacto

consigo mismos y para las que, por lo tanto, el contacto con los demás se vuelve naturalmente mucho más difícil, aunque más importante aún» (Lauveng, 2010).

Conclusión

A través de la radio, los blogs y los talleres de creación literaria se hace alusión al poder que transmite la palabra, un poder que nos remite a la cualidad mántrica del sonido y a sus posibilidades curativas, tal y como señalaron los antiguos maestros védicos y aquellos investigadores que están recalando en ese uso ancestral de la palabra. Mediante la integración del intelecto, las emociones y el espíritu, blogs, radio y talleres de creación se transforman en un canal que vincula las diferentes fibras existenciales y generan una experiencia orgánica que integra lo real y lo imaginario (Real Najarro, 2009).

La acción de estos medios está en consonancia con lo que se ha denominado *la otra Psiquiatría,* cuyo objetivo es enlazar sus ideas con las nociones que provienen del resto de las ciencias humanas: el psicoanálisis, la antropología, la lingüística, la historia, la literatura o la filosofía —«La dimensión ética que subyace al *pathos* humano y que ha sido olvidada por el discurso de las enfermedades mentales»— (Álvarez, 2007). En definitiva, «reanudar el diálogo con la persona que padece la enfermedad, dejar de colocarse como garantes de la realidad y de las ideas correctas, poner los cinco sentidos sobre sus manifestaciones para ver cómo afectan a quien las sufre, qué le aportan esos fenómenos o por qué son esos, precisamente, los que padece» (Álvarez, 2007).

El delirio nos enseña que «detrás de esas ideas, tan raras como amadas, alguien bracea para aferrarse a la vida» (Álvarez, 2007) porque, como ya señalaba Séneca: «Nadie por sí mismo tiene fuerza para salir a flote. Precisa de otro que le alargue la mano, que le empuje hacia afuera» (Álvarez, 2007).

La revisión de las propuestas señaladas desde los blogs y los talleres de radio y creación literaria puede revelar nuevos elementos que nos ayuden a entender la enfermedad y el camino a recorrer hacia la salud mental. Es necesario ser conscientes de nuestra responsabilidad como seres humanos individuales y como sociedad para mejorar la vida individual y colectiva, alcanzando nuevos niveles de empoderamiento y concienciación de nues-

tro papel como parte del problema y de la solución. Todos conformamos la respuesta para ofrecer una mejor vida a las personas que padecen alguna enfermedad. Todos tenemos un papel protagonista en el camino hacia un mejor planteamiento de la salud mental porque, en definitiva, *todos podríamos ser ellos* (Real Najarro, 2010).

Bibliografía

Abegg, E. (1960) *Fuentes de la Psicología Hindú*. Buenos Aires: Mundo Nuevo.

Álvarez, J. M. (2008) «La Invención de las Enfermedades Mentales». Prólogo de Fernando Colina. Madrid: Gredos. Consulta en: <http://ampblog2006.blogspot.com/2008/08/laopiniones-jm-lvarez-la-invencin-de.html>.

Aurobindo, S. (1992) *The Human Cycle: The Ideal of Human Unity. War and Self-Determination*. Pondicherry: Sri Aurobindo Ashram.

— (1994) *The Future Poetry.* Pondicherry: Sri Aurobindo Publication Department.

— (1996) *The Life Divine*. Pondicherry: Sri Aurobindo Ashram Publication Department.

Breathnach, C. S.; Fraguas, D. (2009) «Problems with retrospective studies of the presence of schizophrenia», *History of Psychiatry*, 20(1), 61–71.

Clúa Ginés, I. (2009) «La morbidez de los textos: Literatura y enfermedad en el fin de siglo», *Frenia*, (9), 33–52.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2008) *Salud mental y medios de comunicación: guía de estilo*. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

Coward, H. (1989) «Language in Sri Aurobindo». *Journal of South Asian Literature* 24(1), 191.

Faulks, S. (2005) *Human Traces*. London: Vintage.

FEAFES (2010) «Entrevista a Arnhild Lauveng» (14), 12.

Foucault, M. (1965) *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Pantheon Books.

— (1977) *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. 1st American ed. Nueva York: Pantheon Books.

Foucault, M. (2003) *1973-1974*: *Le Pouvoir psychiatrique, transcriptions des cours au Collège de France*. París: Gallimard.

Gardner, H. (1982) *Art, Mind, and Brain: A Cognitive Approach to Creativity*. Nueva York: Basic Books.

— (1983) *Frames of mind: the theory of multiple intelligences*. Nueva York: Cambridge University Press.

González Álvarez, O. (2011) Cartas al editor *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 2011; 31 (111), 529-530. doi: 10.4321/S0211-57352011000300010.

González Crussi, F. (2010) Prólogo. En Ramírez Bermúdez, J. *Breve diccionario clínico del alma*. México: ed. Debate, 2.

González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007) *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.

Haddon, M. (2003) *The Curious Incident of the Dog in the Night-Time.* London*:* Doubleday.

Lauveng, A. (2010) *El País de los Bosques de Hierro*. Puente al Norte, 2010.

Markez, I. (2008) «La Otra Psiquiatría. Entrevista a Chus Gómez». *Norte de Salud Mental* (32), 71–80.

Molina, V. (2009) *Las puertas abiertas de la cordura*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Organización Mundial de la Salud (2010) *Empoderamiento del usuario en salud mental.* Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa.

Pérez de Carrera, E. (2004) *49 Respuestas a la aventura del pensamiento*. Madrid: Editorial Fundación Argos.

Prieto, S. (2009) «Morea crea un taller de radio como terapia ocupacional de enfermos mentales en Verín», en diario *La Región*. Disponible en: <http://www.laregion.es/noticia/87643/ver%C3%ADn/morea/asociaci%C3%B3n/enfermos/mentales/taller/radio/terapia/ocupacional/enfermos/>.

Ramos Bernal, A. (2007) *Diario de una enfermedad mental (Esquizofrenia)*. Madrid: Editorial Club Universitario, 4ª ed. (2010).

Real Najarro, O. (2011) «La palabra como curación en salud mental: Revisión de algunos antecedentes literarios», *Frenia* (11), 151–171.

— (2010) *Encuentro,* (1) de FEAFES. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental: 14. Disponible en: <http://sid.usal.es/detallesSumario.aspx?idrevista=161&id=4368&fichero=8.2.5>.

Real Najarro, O. (2009a) «Transthinking Gogol in Aurobindian terms: towards an analysis of madness in *The Diary of a Madman*». Conferencia presentada por invitación en Congreso Internacional Nicolai Gogol, Kiev, Ucrania, 29 septiembre–4 octubre 2009. Ministerio de Cultura y Turismo de Ucrania, Academia Nacional de Teatro Ivan Franko, Universidad Nacional de Arte y Humanidades de Kiev.

— (2009b) «From Devabhasa to Mantra in English Language: Sri Aurobindo Poetics in *Savitri* or the Renewal of Angloindian Literature», en *Philological Explorations.* Atenas, Grecia: Arts and Sciences Divisions of the Athens Institute for Education and Research (A.T.IN.E.R.).

— (2007) «Derechos, tantas palabras y tan pocos hechos». *Voces sin Eco*. Córdoba: Junta de Andalucía.

Ruiz Garzón, R. (2007) *Las voces del laberinto. Historias reales sobre la esquizofrenia*. Madrid: De Bolsillo.

Sanz Fuentenebro, J. (2010) Reseña, *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental* (A.M.S.M.), 27.

Schreber, D. P. (2008) *Memorias de un enfermo de nervios*. Roberto Calasso: *Nota sobre los lectores de Schreber*. Sigmund Freud: *Observaciones psicoanalíticas de un caso de paranoia*. Elias Canetti: *El caso Schreber*. Colección: Noesis. Categoría: Ensayo. México/Madrid: Sexto Piso Editorial.

Sen, I. (1960) «The Indian Approach to Psychology», en *The Integral Philosophy of Sri Aurobindo, A Commemorative Symposium*. London: ed. Haridas Chaudhuri, Frederic Spiegelberg.

AUTORÍAS

Josep M. Comelles (Barcelona 1949), M.D.; M.A (Filosofía y Letras); Ph.D (Medicina), Ph.D (Antropología). Especialista en Psiquiatría. Profesor de Antropología Social en la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). Director del Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili. Especializado en políticas públicas de salud y profesiones sanitarias y en historia de la ciencia. Ha publicado numerosos artículos. Entre sus libros recientes están González Fernández, Emilio; Comelles, Josep M., comps. (2000) *Psiquiatría Transcultural.* Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría. Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep M. (comps.) (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina.* Barcelona, Bellaterra; Dongen, Els; Comelles, Josep M. (2001) *Medical Anthropology and Anthropology. Perugia*, Fundazione Angelo Celli per una cultura della salute, Comelles, Josep M.; Dongen, Els van (ed.) (2002) *Themes in Medical Anthropology.* Perugia, Fondazione Angelo Celli Argo; Comelles, Josep M. (2006) *Stultifera Navis. La Locura, el poder y la ciudad.* Lleida, Milenio, y Mabel Gracia y Josep M. Comelles (eds. (2007) *No comerás.* Barcelona: Icaria; Comelles; j.M. y Bernal, Mariola (eds.) (2008) *Salud mental, diversidad y cultura*. Madrid, AEN. Martorell, Maria A.; Comelles, Josep M.; Bernal, Mariola (comps.) (2009) *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados.* Barcelona, Icaria.

Frida Gorbach, profesora investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco. Es doctora en Historia del Arte por la Universidad Nacional Autónoma de México y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Ha publicado varios artículos sobre monstruos y anomalías en México en el siglo XIX, sobre mujeres, locura e histeria en la misma época, así como sobre cultura e historia nacional. Algunos de sus artículos más recientes son: «¿Dónde están las mujeres de La Castañeda? Una aproximación a los expedientes clínicos del manicomio, 1910» en Nuevo Mundo Mundos Nuevos, <http://nuevomundo.revues.org//index13952.html>, 2011; «La historia nacional mexicana: pasado, presente y futuro» en Mario Rufer (coord.) *Nación y Diferencia. Procesos de identifi-*

cación y producciones de otredad en contextos poscoloniales, México, UAM/ Itaca, 2011, y «La Historia, la Ciencia y la Nación. Un estudio de caso en el México decimonónico», en *Dynamis*, vol. 33, 2013. Asimismo publicó los libros *El monstruo, objeto imposible. Un estudio sobre teratología mexicana* (1860–1900), México, UAM-Itaca, 2008 y junto con Carlos López Beltrán *Saberes locales: ensayos sobre historia de la ciencia*, México, El Colegio de Michoacán, 2008.

Olga Villasante, psiquiatra en el Hospital Universitario Severo Ochoa desde 1995, doctora en Medicina UAM (1997), profesora de Psicología y Psiquiatría en la Universidad Alfonso X el Sabio, profesora o coordinadora en cursos de formación de posgrado y formación continuada (1997–2010), proyectos de investigación con financiación pública en los que he participado como investigadora colaboradora, miembro del Comité de redacción de la Revista *Frenia*. Historia de la Psiquiatría desde 2001 y secretaria de redacción de la Revista *Frenia* desde 2008 hasta 2011, Presidente de la sección de Historia de la asociación española de neuropsiquiatría. Colaboradora docente en el programa de formación de MIR del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés desde 1995 hasta la actrualidad. Miembro de la Comisión de Formación Continuada de H. U. Severo Ochoa desde 2011 hasta la actualidad. Docencia e Investigación del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés durante los años 2002–2005.

Ruth Candela, psiquiatra en el Centro de Salud Mental del Hospital de Fuenlabrada desde 2008, licenciada en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid. Colaboradora docente en el programa de formación de MIR del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés desde 2008 hasta la actualidad. Miembro de la comisión de Docencia e Investigación del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain de Leganés desde el año 2012, y tutora de MIR de Psiquiatría en el Hospital de Fuenlabrada desde el mismo año.

Samuel Avila, antropólogo colombiano que actualmente concluye sus estudios doctorales en la Universidad de los Andes en Bogotá. Es autor del libro *La loquera. El parpadeante velo de la naturaleza chami. La huella de los espíritus*, publicado en el 2012.

Nayelhi Itandehui Saavedra Solano, licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estudió la maestría y el doctorado en Antropología Social en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Actualmente es Investigadora en Ciencias Médicas en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM). Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores desde el 2010. Ha sido profesora invitada en el Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma de Guerrero, Facultad de Medicina de La Salle y el Instituto de Terapia Ocupacional. Cuenta con diversas publicaciones en revistas arbitradas y desde 1996 ha participado como ponente en congresos nacionales e internacionales. Los temas de investigación en los que ha incursionado son: uso de diversas formas de atención para tratar problemas emocionales y mentales; análisis semiótico de discursos publicitarios sobre las medicinas alternativas y las representaciones corporales en diferentes sistemas médicos (medicina tradicional mexicana, medicina tradicional china y ayurveda) y sistemas de evaluación de salud mental.

Shoshana Berenzon Gorn, estudió la licenciatura, maestría y doctorado en Psicología Social en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es investigadora de Nivel II en el Sistema Nacional de Investigadores. Actualmente es investigadora titular en el Instituto Nacional de Psiquiatría de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, y su línea de investigación se enfoca en el análisis de los sistemas de salud mental y los servicios alternativos de atención. Ha impartido diferentes cursos de actualización sobre adicciones, salud mental y sistemas de salud. Es profesora en los programas de posgrado de la Facultad de Psicología y Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha participado en proyectos de investigación internacionales con Instituciones como la Organización Mundial (OMS) y Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro de Adicciones y Salud Mental de Canadá (CAMH). Realiza investigaciones dirigidas al estudio de la salud mental y sus sistemas, utilización de servicios y trayectorias de atención. Cuenta con más de 50 artículos en publicaciones nacionales e internacionales y 20 capítulos de libro. Ha participado en más de 40 congresos internacionales y ha dirigido más de 10 tesis de Licenciatura, Maestría y Doctorado.

Josefina Ramírez Velázquez, nacida en México, es doctorada en Antropología con especialización en Antropología médica por el CIESAS. Actualmente es profesora investigadora y coordinadora de la línea de investigación «Cuerpo y Poder» del Posgrado de Antropología Física de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, en México. Ha investigado temas y problemas que relacionan el cuerpo humano con el trabajo industrial, la salud, enfermedad y su atención con grupos de mineros, petroleros, obreras y trabajadoras de servicios. Tales investigaciones han presentado la relación cuerpo-trabajo, poniendo atención en la inminente necesidad de explicar la múltiple expresión de afecciones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales generadas a partir de contextos laborales —cultural y socialmente específicos—. El tema central de sus investigaciones es el padecimiento como expresión sociocultural, analizado desde la experiencia corporal y de vida de diversos grupos en su calidad de enfermos. Ha publicado *El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas*. México, INAH-Conaculta, 2010: 424 pp. Colección Científica, «El cuerpo como objeto de adiestramiento y transformación de la operadora telefónica en México». En *Actas del I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas.* Editorial: Investigaciones En Artes Escénicas y Performáticas. 2012, Rosario Argentina. «Relevancia de la epidemiología sociocultural en el ámbito laboral. Una reflexión a partir del estudio del estrés entre un grupo de operadoras telefónicas». En Jesús Armando Haro Editor. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Lugar Editorial, 2010: 307–347. Buenos Aires, Argentina. «El trabajo docente en los márgenes y sus efectos en la salud. Percepción de profesores de un internado de religiosas del Estado de México». *Revista Cuicuilco* No. 53: 11–37, enero–abril de 2012.

María Alejandra Sánchez Guzmán, licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-2002). Diplomada en Derechos Humanos y Grupos Vulnerables (UAM, ACNUR Y UNAM, 2001) y Curso de Postgrado sobre Derechos Humanos por la Universidad Castilla La-Mancha, Toledo, España (2004). Maestra en Género por El Colegio de México (COLMEX-2007). Actualmente es estudiante del doctorado en ciencias antropológicas en la UAM con la tesis «Dimensión cultural del Trastorno Bipolar». Ha laborado en diversos centros de investigación y docencia: Departamento de Derecho de la UAM y el Instituto de Investi-

gaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. En 2004 recibió el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por su trabajo «El trabajo antes, durante y después del embarazo». Ha realizado investigaciones en el área de trabajo y violencia en temas como: hostigamiento sexual, mujeres y sindicato, embarazo y trabajo, entre otras. Ha colaborado en trabajos para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y en un proyecto sobre «Trata de personas» para la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CDNH). Es investigadora en ciencias médicas y actualmente dirige el Laboratorio de Violencia y Género en el área de investigación sociomédica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Sus líneas de investigación son: violencia y género y el proceso salud, enfermedad y atención en enfermedades neurológicas y psiquiátricas. Algunas de sus publicaciones recientes son: «Inserción de las mujeres en la ciencia», «Experiencias de cuidadores y pacientes con Esclerosis Múltiple y Enfermedad de Parkinson», «Violencia en enfermedades neurológicas», entre otras.

Rubén Muñoz Martínez, Doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Madrid, España. Licenciado en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, España. Licenciado en Antropología Social por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España. Realiza actualmente una estancia posdoctoral en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS/sureste), México. Ha sido investigador invitado en la Universidad Nacional Autónoma de México y en la Universidad Libre de Bruselas, Bélgica. Su campo de estudio, en la subdisciplina de la Antropología médica, se centra en el área de la salud mental y de la salud sexual y el acceso a los cuidados sanitarios institucionales. Entre sus publicaciones destacan las siguientes: «Mediación intercultural frente a la desigualdad en el acceso y disfrute a los medios sanitarios. Consideraciones sobre las praxis profesionales en Bélgica y España» (en prensa). Madrid: *Revista Migraciones*. Universidad Pontificia de Comillas; «Cuando la Psiquiatría se reconfigura en la diversidad cultural. Debates en torno al lugar, los destinatarios y la metodología de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas» (en prensa). México: *Revista Cuicuilco* (Escuela Nacional de Antropología e Historia [ENAH]).

Serena Brigidi, Doctora en Antropología de la Medicina (URV). Licenciada en Pedagogía (Università degli Studi di Genova) y Curso de Alta Formación en Desarrollo Sostenible (Università degli Studi di Teramo, Imes, Ministero del Medio Ambiente).

Ha sido profesora titular en la EUI Gimbernat, adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha ideado y coordina el *Seminario Cine, Salud y Cultura,* evento anual de cuatro sesiones abierto no solo a profesionales de la salud.

Profesora en el Máster Universitari en *Investigació Clínica Aplicada a les Ciències de la Salut* en la Universitat Autònoma de Barcelona. Docente en la Universitat Rovira i Virgili y miembro del Medical Anthropology Research Center y en la Universitat de Vic (Ciencias de la Salut). Sus líneas de investigación abarcan la antropología de la salud, donde se ocupa principalmente de migración y salud mental; experiencias y narrativas de instituciones de atención a la salud mental; género, cuerpo y emociones, y donación del cuerpo *entero* a la ciencia desde un enfoque antropológico. De estos campos ha presentado avances en diversas publicaciones internacionales tanto en libros como revistas y actas de congresos. Actualmente está llevando a cabo un estudio relativo a la medicalización del antes, durante y después del embarazo a través de una perspectiva de género, con una especial atención a los temas de lactancia prolongada, las repercusiones en salud de la ausencia de la vida laboral, familiar y personal, *mobbing maternal* y *opting out*.

José Mohedano Barceló, historiador, filólogo y arabista, miembro de la Asociación Española de Historia Económica, ha sido profesor en diversas Universidades de España y Portugal y en el Bachillerato español. Secretario de la Asociación «Història i Teatre» de Barcelona. Publicaciones especializadas en los campos de la historia social y económica, historia urbana y urbanismo, historia y literatura árabe, literatura comparada… En la actualidad está centrado en la investigación sobre construcción de imaginarios de la que forma parte este trabajo.

Martín Correa Urquiza, Doctor en Antropología médica y Salud Internacional por la Universidad Rovira i Virgili (URV) de Tarragona. Máster y Diplomatura en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Es Licenciado en Ciencias de la Comunicación por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y Máster en Medios de Comunicación, Técnicas de la investigación Social y Opinión Públi-

ca por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (FLACSO). Es profesor de los Departamentos de Antropología, Derecho y Enfermería de la URV y del Departamento de Pedagogía Crítica de la Universidad Oberta de Catalunya (UOC). Ha sido profesor invitado de la Universidad de Porto Alegre (Brasil), de la Universidad Autónoma de Madrid, de la Universitat Ramon Llull, de la Universidad Autónoma de Barcelona, entre otras.Ha publicado diversos artículos académicos en el ámbito de la salud y la salud mental comunitaria desde una perspectiva antropológica. Destacan: «Radio Nikosia, Mutiny on the ship of fools». In *Madness, probing the Boundaries*. Oxford. Mansfield College. 2012; y «Territorios y prácticas de la des-enfermedad» en *Arte, intervención y acción social. La creatividad transformadora*. Carnacea, A; Lozano A. P325. Grupo 5. Madrid.Es miembro coordinador/fundador de la Asociación Socio-Cultural Radio Nikosia.Miembro del grupo de investigación en Antropología y Malestares Adolescentes de la Universidad Rovira i Virgili. Premio 2009 del Ayuntamiento de Barcelona al mejor trabajo de investigación periodística en el ámbito de la salud por un reportaje publicado en el periódico *La Vanguardia*. Premio Ferran Salsas i Roig 2009 a la investigación en el ámbito de «Salud y comunidad», 21ª edición.

Olga Real Najarro, investigadora de manera transdisciplinar y transcultural, en el área de la literatura, la educación, la cultura y la salud mental. Ha desarrollado su investigación a través de diferentes estancias de postgrado y postdoctorado en la Universidad Metropolitana de Manchester, el Colegio de México, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad de California en Riverside. Actualmente, es investigadora visitante en el Centro de Estudios Asiáticos de la Universidad Autónoma de Nuevo León y profesora de la Consejería de Educación en Madrid. Colabora con diferentes asociaciones de salud mental como la Fundación Manantial y la Federación Española de Asociaciones de Salud Mental y ha participado en el programa «Mentalízate» de educación y prevención para la salud mental en institutos de educación media superior. Es voluntaria y ha sido miembro de la junta directiva de la Asociación de Salud y Alternativas de Vida de Leganés (Madrid, España) donde ha impartido talleres de inglés para personas con enfermedad mental. Ha sido representante de EUFAMI, la Federación Europea de Asociaciones de Familias de Personas con Enfermedad Mental y, actualmente, imparte seminarios y publica artículos científicos acerca de la salud mental y la literatura desde una perspectiva transdisciplinar y transcultural.

Col·lecció Antropologia Mèdica

1. *Migraciones y salud*, diversos autors
   Josep M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal,
   José Fernández-Rufete, Laura Mascarella (comps.)

2. *Antropología y enfermería*, diversos autors
   Maria Antonia Martorell, Josep M. Comelles,
   Mariola Bernal (eds.)

3. *Medicina, màgia i religió*, W. H. R. Rivers
   Àngel Martínez Hernáez (ed.), Chris Scott-Tennent (coord.)

4. *Of Bodies and Symptoms*, diversos autors
   Sylvie Fainzang et Claudie Haxaire (ed.)

5. *Mejor dejarlo tranquilo*, Rimke van der Geest
   Lourdes Márquez Blázquez (trad.)

6. *Tro ressonant*, Paul Radin (ed.)
   Àngel Martínez Hernáez (ed. cat.)

7. *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinares,* diversos autors
   Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)

8. *Nasci na família errada,* Cristina Larrea Killinger

9. *Pobres joves grassos. Obesitat i itineràris juvenils a Catalunya*
   Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)

10. *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*
   Sara Pérez-Gil Romo y Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)

11. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria*
   Àngel Martínez-Hernáez, Lina Masa, Susan M. DiGiacomo (eds.)

12. *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud*
   Oriol Romaní (ed.)

13. *Jóvenes, desigualdades y salud*
   Oriol Romaní (ed.)

14. *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial en jóvenes y adolescentes*
   Diversos autors

15. *Los malestares de los adolescentes*

16. *Alquimia del dolor. Estudios sobre medicina y literatura*
   Luis Montiel

17. *Un cant èpic africà. Una crítica al poder absolut*
   Lluís Mallart

El objetivo del presente volumen es evidenciar aún más la necesidad existente de observar el proceso salud, enfermedad y atención en salud mental como un *continuum* donde la *presencia*, la historia y la cultura tengan un valor fundamental en la lectura terapéutica y su interpretación. Estos elementos permiten considerar la manera de definir, explicar y vivir los trastornos mentales tanto por parte del sujeto como de los terapeutas biomédicos.



